

Aus dem Medizinischen Zentrum für Nervenheilkunde

Geschäftsführender Direktor: Prof. Dr. W.H. Oertel

Aus der Klinik für Neurologie

Direktor: Prof. Dr. W.H. Oertel

des Fachbereichs Medizin der Philipps-Universität Marburg

Leitlinien in der Medizin:
Evaluierung der S2-Leitlinie Parkinson-Syndrome

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung des Doktorgrades der gesamten Medizin
dem Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg
vorgelegt von

CHRISTINE GERHARD

aus Siegen

Marburg, 2010

Angenommen vom Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg

am: 12.11.2010

Gedruckt mit Genehmigung des Fachbereichs Medizin

Dekan: Prof. Dr. M. Rothmund

Referent: Prof. Dr. W.H. Oertel

1. Korreferent: PD Dr. H. Sitter

Inhaltsverzeichnis

1. EINLEITUNG UND THEORETISCHER HINTERGRUND

1.1	Einleitung	6
1.1.1	Leitlinien	6
1.1.1.1	Definition und Zweck von Leitlinien	6
1.1.2	Leitlinien-Entwicklung	7
1.1.2.1	Evaluation, Implementierung und Anwendung von Leitlinien	9
1.1.2.2	Einstellung gegenüber Leitlinien	11
1.1.2.3	Vergleich von stationären und ambulanten Leitlinien	12
1.1.2.4	Leitlinien im internationalen Vergleich	12
1.1.3	Leitlinie Parkinson-Syndrome	14
1.1.3.1	Allgemeine Darstellung der Behandlungssituation	14
1.1.3.2	Erstellung und Evaluation der Leitlinie Parkinson-Syndrome	15
1.1.4	Exkurs: Einführung in die Qualitative Inhaltsanalyse	16

2. FRAGESTELLUNG

2.1	Erläuterung der Studie	20
2.2	Hypothesen/ konkrete Forschungsfragen	20
2.3	Ziel der Studie	20

3. METHODIK

3.1	Setting und Stichprobe	21
3.1.1	Quantitative Stichprobe	21
3.1.2	Qualitative Stichprobe	21

3.2	Messinstrumente	22
3.2.1	Fragebogen	22
3.2.2	Interview	23
3.3	Analyse/ Datenauswertung	24
3.3.1	Quantitative Analyse: Statistik/ Datenmanagement	24
3.3.2	Qualitative Analyse: Qualitative Inhaltsanalyse	25
3.3.3	Literaturrecherche	25
4.	ERGEBNISSE	
4.1	Ergebnisse des quantitativen Studienteils	26
4.1.1	Soziodemographische Daten	26
4.1.2	Angaben zur Leitlinie Parkinson-Syndrome	29
4.1.3	Angaben zur Einstellung gegenüber Leitlinien im Allgemeinen	35
4.1.4	Mögliche Faktoren, die die Anwendung von Leitlinien erschweren können	38
4.2	Ergebnisse des qualitativen Studienteils	40
4.2.1	Soziodemographische Daten	40
4.2.2	Ergebnisse der Leitlinien-orientierten Fragen	43
4.2.2.1	Angaben zur Leitlinie Parkinson-Syndrome	43
4.2.2.2	Angaben zu Leitlinien im Allgemeinen	45
5.	DISKUSSION	49
6.	ZUSAMMENFASSUNG	57

7.	LITERATURHINWEISE	58
8.	ANHANG	73
A	Abkürzungsverzeichnis	73
B	Fragebogen	75
C	Anschreiben zum Fragebogen	77
D	LIMAH- Fragebogen	78
E	Interviewleitfaden	82
F	Originalmitschrift eines Interviews	87
G	Ergebnisse der Interviews	97
H	Tabellarischer Lebenslauf	109
I	Verzeichnis der akademischen Lehrer	110
J	Danksagung	110
K	Erklärung der Antragstellerin	111

1. Einleitung und theoretischer Hintergrund

1.1 Einleitung

1.1.1 Leitlinien

Leitlinien in der Medizin sind ein kontroverses Thema, da sie in zunehmendem Maße das ärztliche Handeln in Klinik und Praxis beeinflussen, aber auch in Politik und Öffentlichkeit für Diskussion sorgen. In der Gesundheitsversorgung erlangen Leitlinien weltweit zunehmende Bedeutung, da sie vermehrt als sinnvolle und notwendige Entscheidungshilfe zur Sicherung einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung betrachtet werden. Leitlinien fördern Qualität und Transparenz im medizinischen Sektor. Sie zielen auf Kosteneinsparung im Gesundheitswesen durch Aufdeckung und Abschaffung veralteter medizinischer Maßnahmen¹¹¹. Darüber hinaus spielen Leitlinien eine wichtige Rolle in der Aus-, Weiter- und Fortbildung durch Verbreitung fundierter Forschungsergebnisse. Allerdings zeigen Erfahrungen aus internationalen Projekten, dass die Implementierung von Leitlinien in den Versorgungsalltag bisher nur wenig Anwendung im ärztlichen Alltag findet und Leitlinien nur in geringem Maß die Versorgungsqualität beeinflussen¹³².

1.1.1.1 Definition und Zweck von Leitlinien

Eine anerkannte Definition des US-amerikanischen Institute of Medicine beschreibt Leitlinien als „systematically developed statements to assist practitioner and patient decisions about appropriate health care for specific clinical circumstances“⁴⁰. Leitlinien sind systematische Entscheidungshilfen über die angemessene ärztliche Vorgehensweise bei spezifischen gesundheitlichen Problemen. Leitlinien enthalten die neuesten Studienergebnisse bezüglich des Therapievorgehens bei entsprechenden Erkrankungen⁷. Leitlinien dienen der Sicherung und Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung. Sie verhindern die Verschwendung diagnostischer und therapeutischer Ressourcen, sowie das Beschreiten von therapeutischen Irr- und Umwegen. Außerdem vermeiden sie unnötige und überholte medizinische Maßnahmen und dienen somit der Kosteneinsparung. Auch unerwünschte Qualitätsschwankungen im ärztlichen Versorgungsbereich sollen durch den Einsatz von Leitlinien minimiert werden^{109,125}. Als „Handlungs- und Entscheidungskorridore“ stellen Leitlinien Orientierungshilfen dar, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder muss (gemeinsame Definition von Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und Bundesärztekammer)⁷. Zu finden sind Leitlinien auf internationaler, nationaler, regionaler und lokaler Ebene. Sie werden erstellt und formuliert durch medizinische Fachgesellschaften sowie von regionalen

und lokalen Einrichtungen wie zum Beispiel Ärztekammern und Krankenhausabteilungen. Abzugrenzen sind Leitlinien von Richtlinien, die definiert sind als „Regelungen des Handelns oder des Unterlassens, die von einer rechtlich legitimierten Institution konsentiert, schriftlich fixiert und veröffentlicht wurden, für den Rechtsraum dieser Institution verbindlich sind und deren Nichtbeachtung definierte Sanktionen nach sich zieht“⁵⁵. Im Gegensatz zu Richtlinien, die befolgt werden müssen, sollten Leitlinien befolgt werden; Empfehlungen können befolgt werden⁶⁸. Allerdings erlangen Leitlinien, primär von der Bundesärztekammer (BÄK) als freiwillige, zur Qualitätsförderung entwickelte Maßnahmen definiert, zunehmend einen verpflichtenden Charakter. Grund dafür sind die aktuellen Änderungen des Sozialgesetzbuches [„strukturierte Behandlungsprogramme“ nach §137 f SGB V (Disease-Management-Programme)]. Die Änderungen beabsichtigen, die Behandlungsqualität chronisch kranker Patienten mit Hilfe einer ausgeweiteten, bereichsübergreifenden Versorgung zu verbessern. Als Grundlage für die neuen medizinischen Maßnahmen dienen evidenzbasierte Leitlinien. Durch eine „Festschreibung in einer Rechtsverordnung“ werden die medizinischen Programme „verpflichtend gemacht“¹¹¹. Laut § 70 SGB V wird von Leitlinien ein Beitrag zur Mobilisierung von Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsreserven sowie zum Abbau von Über-, Unter- oder Fehlversorgung erwartet⁸⁸.

Zusammengefasst erfüllen Leitlinien die Funktion der Qualitätssicherung und tragen somit zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung bei⁵⁵.

1.1.2 Leitlinien-Entwicklung

Die Wurzeln der Leitliniendiskussion und ihre Entwicklung in der deutschen Gesundheitsversorgung reichen zurück bis in die Mitte der 20er Jahre (siehe „Leitsätze des Reichsgesundheitsrates für eine sparsame und doch sachgemäße Behandlungsweise der Kranken durch Ärzte vom 09.11.1924“)⁹⁰. Seitdem haben Leitlinien im Gesundheitssystem zunehmend an Bedeutung gewonnen. Besonders seit Mitte der 90er Jahre steht die Rolle von Leitlinien im Forschungsfokus. Seit 1995 entwickeln in Deutschland 140 medizinische Fachgesellschaften unter Leitung der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) spezifische Leitlinien¹¹¹ für den diagnostischen und therapeutischen Einsatz. Desweiteren entwickelt die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) Leitlinien zur Pharmakotherapie [www.akdae.de]¹¹¹. Aufgrund mehrfach aufgetretener Zweifel an der Qualität veröffentlichter deutscher Leitlinien^{20,104,106,123,134} erstellten 1997 die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung sogenannte

„Leitlinien für Leitlinien“. Diese beinhalten nationale und internationale Qualitätsmerkmale guter Leitlinien¹¹². Als Instrumente zur Qualitätssicherung deutscher Leitlinien entstand 1998 eine Checkliste zur methodischen Qualität von Leitlinien, die sich an schottischen und englischen Beispielen orientierte^{84,85,112}. Anlehnend an ein US-amerikanisches Projekt „National Clinical Guideline Clearinghouse“ der AHCPR^{6,145} entstand 1999 ein deutsches Leitlinien-Clearingverfahren⁵⁹. Seine Aufgabe besteht darin, die methodologische Qualität und Eignung medizinischer Leitlinien einzuschätzen, um dann auch mit anderen Gesundheitsqualifikationsgesellschaften kooperieren zu können¹¹³. Organisatorisch basiert das Clearingverfahren auf einem Netzwerk aus Leitlinienanbietern und Nutzern sowie aus im medizinischen Sektor tätigen Personen. Beteiligt an diesem Qualitätssicherungsprogramm sind die Bundesärztekammer (BÄK), die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Spitzenverbände der Krankenkassen (GKV und PKV) sowie die gesetzliche Rentenversicherung (BfA und VDR)¹¹¹ und die Deutsche Krankenhausgesellschaft⁴. Seit 2000 erfolgt zudem auch verstärkt die Verbreitung von Patientenleitlinien [www.patienten-information.de], die Patienten darin unterstützen, ärztliche Entscheidungen mitzutragen¹¹¹.

In Form eines Leitlinien-Manuals von der AWMF und dem Ärztlichen Zentrum für Qualität (AEZQ) wurde 2001 eine Übereinkunft gemeinsamer Standards in der Entwicklung von Leitlinien getroffen¹¹¹. Dies erfolgte vor allem mit der Entstehung des AGREE-Instruments, das von der internationalen Forschungsgesellschaft AGREE^{66,139} (Appraisal of Guidelines Research and Evaluation) ausgeht. AGREE wurde von dem BIOMED 2-Programm der Europäischen Union gegründet. Ihr Interesse besteht darin, die Qualität von klinischen Leitlinien zu verbessern. Die Mitglieder von AGREE sind Dänemark, Finnland, Frankreich, Deutschland, Italien, Niederlande, Spanien, Schweiz, Großbritannien, Kanada, Neuseeland und USA. Das AGREE-Instrument ist ein Beurteilungsbogen, der 23 Schlüsselbegriffe beinhaltet, mit dem Leitlinien, die von lokalen, regionalen, nationalen und internationalen Arbeitsgruppen entwickelt wurden, bewertet werden können⁶⁶. Das dem AGREE-Instrument entsprechende Deutsche Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI) wurde am 7. Juni 2005 veröffentlicht und dient der Bewertung lokal, regional, national oder international verfasster Leitlinien^{84,85}. Dies kann die Bewertung neuer und bereits bestehender Leitlinien umfassen sowie die Aktualisierung bestehender Leitlinien. Die Beurteilung medizinischer Leitlinien durch DELBI beinhaltet Ergebnisse und Erfahrungen von AWMF, AEZQ und deren Partner sowie der AGREE Collaboration und des Internationalen Leitlinien-Netzwerkes G-I-N⁸⁴. DELBI ersetzt als Produkt der Zusammenarbeit von AWMF, AEZQ und weiteren einzelnen Autoren die Checkliste

„Methodische Qualität von Leitlinien“^{3,85} und ist bis Ende des Jahres 2008 gültig. Es dient dem Gebrauch durch „Leitlinien-Entwickler“, „Ärzte und Leistungsträger im Gesundheitswesen“, „Dozenten oder Lehrer“ sowie „Entscheidungsträger im Gesundheitswesen“⁸⁴. Eingesetzt werden kann DELBI für Unterrichtszwecke, Qualitätssicherungsprogramme und zur kritischen Überprüfung medizinischer Leitlinien⁸⁵. Die aktuell gültige Fassung der Checkliste ist unter <http://www.delbi.de> zugänglich.

Im Jahr 2002 entstand ein Programm für Versorgungsleitlinien, das von der BÄK und den Fachgesellschaften ins Leben gerufen wurde. Ergänzend dazu initiierte die AEZQ 2002 die Gründung des internationalen Leitlinien-Netzwerks G-I-N (Guidelines International Network), eine internationale non-Profit-Organisation, das mit etwa 50 Mitgliedern aus 25 Ländern die Implementierung der besten evidenzbasierten Leitlinien anstrebt¹¹¹. Auch die AWMF ist Mitglied des G-I-N¹¹⁵. Seit 2003 haben die AWMF und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) die gemeinsame Trägerschaft für den Plan der Nationalen Versorgungsleitlinien (NVL-Programm) vertraglich festgelegt¹¹⁷. Zu den Erkrankungen Asthma, COPD, Typ II-Diabetes und KHK liegen bereits nationale Versorgungsleitlinien vor⁸³. In Arbeit befinden sich nationale Versorgungsleitlinien zu den Krankheitsbildern Depression, Herzinsuffizienz, Kreuzschmerz, Diabetische Nephropathie und Diabetische Neuropathie⁸⁶. Zukünftig werden von der Bundesärztekammer und der kassenärztlichen Bundesvereinigung prioritäre Versorgungsbereiche benannt, für die Leitlinien entwickelt werden sollen, wobei die wirtschaftliche Ökonomie bei der zukünftigen Leitlinienentwicklung im Vordergrund stehen soll¹¹².

Seit 2003 werden im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) Leitlinien für die Diagnostik und Therapie neurologischer Erkrankungen entwickelt. Das Kompetenznetzwerk Parkinson (KNP), ein nationales Netzwerk, gefördert von dem „Bundesministerium für Bildung und Forschung“ (BMBF), erstellte hierbei die erste Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Parkinson-Syndromen „LLPKS“.

1.1.2.1 Evaluation, Implementierung und Anwendung von Leitlinien

Nach internationaler Übereinkunft sind die „Verantwortlichkeit der Leistungserbringer“ („professional ownership“) von Leitlinien und die „systematische Evaluation der Leitlinienanwendung“ die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Nutzung medizinischer Leitlinien¹¹¹. Um die Qualitätssicherung von Leitlinien zu gewährleisten, bedarf es der regelmäßigen Evaluation von Leitlinien. Erfahrungen aus zahlreichen internationalen Leitlinienprojekten zeigen, dass die Umsetzung und der Einsatz von Leitlinien im ärztlichen Alltag und ihr Einfluss auf die Versorgungsqualität noch

verbesserungsbedürftig sind¹³². Viele Ärzte sind über bereits vorhandene Leitlinienangebote und Leitlinienaktivitäten nur unzureichend informiert⁹². Ohne die Implementierung und Disseminierung von Leitlinien bleiben erfolgreiche Auswirkungen auf die Patientenversorgung relativ gering. Inzwischen ist bekannt, dass es erfolgreicher Implementierungsstrategien bedarf, um eine vermehrte Leitlinienanwendung im Praxisalltag zu erreichen. Selbst die Erstellung zunehmend hochwertiger Leitlinien und deren Implementierung führen scheinbar nicht zu einer breiteren Anwendung von Leitlinien im ärztlichen Alltag. Daher erscheint es sinnvoll die Antwort auf die Frage der fehlenden Leitlinienanwendung direkt in der Ärzteschaft zu suchen.

Es existieren bereits verschiedene Implementierungsstrategien, dabei werden passive von aktiven Methoden unterschieden. Passive Implementierungsstrategien wie zum Beispiel die Publikation von Leitlinien und Fortbildungsveranstaltungen, werden als ineffektiv eingestuft⁶³. Im Gegensatz dazu erweisen sich aktive Methoden der Implementierung als sinnvoll. Besonders effektive Strategien sind dadurch gekennzeichnet, dass sie den Anwender der Leitlinie direkt in den Entwicklungs- und Implementationsprozess miteinbeziehen. Dazu gehören unter anderem Audits (systematische Überprüfung und Bewertung von Leitlinien durch Fachleute) und Feedback-Mechanismen basierend auf der Verhaltenstheorie. Eine weitere aktive Implementationsmethode besteht aus dem Einschalten von Meinungsführern, sogenannten „opinion leaders“⁶³. Als weitere erfolgversprechende Maßnahmen werden im Internet verfügbare Leitlinien (im HTML-Format) und Leitlinienempfehlungen, die in Form von Algorithmen zur Verfügung stehen, aufgeführt. Bei der computervermittelten Überführung der Leitlinienempfehlungen in einen Algorithmus werden nach Eingabe der Patientencharakteristika entsprechende Therapieoptionen aufgezeigt⁶³. Doch auch diese Strategien stoßen schnell an Grenzen - an sogenannte Implementationsbarrieren. Welche Hindernisse in diesem Zusammenhang eine Rolle spielen, zeigt beispielsweise die Studie von Gro⁵⁰. 120 Ärzte und Pflegekräfte aus 7 Krankenhäusern wurden befragt, warum sie sich nicht an die in den Leitlinien empfohlenen Handhygienemaßnahmen halten. Es konnten 11 verschiedene Argumentationsweisen ermittelt werden, mit denen sich das Personal rechtfertigte, sich nicht an die Leitlinie zu halten. Genannt wurden folgende Argumente^{50,132}: Händewaschen verursache dauerhaft Hautirritationen, keinerlei Befürchtungen bezüglich des Auftretens von Komplikationen bei ausbleibender Handhygiene, kein evidenzbasierter Wirksamkeitsnachweis der Handhygiene, zu wenig Zeit, keine Kontrolle, fehlende Waschgelegenheiten, Vergessen, kein Interesse von Seiten des Chefs etc. In der Studie von Lang et al.⁹³ zur ambulanten Behandlung von Patienten

mit chronischen Rückenschmerzen hatte die Verbreitung von Leitlinien keinerlei Einfluss auf Behandlungsmuster noch auf Ergebnisqualität der Behandlung. Cabana et al.²³ entdeckte durch eine Auswertung von 120 verschiedenen Studien, die sich auf unterschiedliche Leitlinien beziehen, 293 potentielle Barrieren der Leitlinienanwendung. Diese können entweder in der Leitlinie selbst, auf Seiten des Mediziners, in äußeren Ursachen oder auch im Patient verwurzelt sein. Die Barrieren wurden 7 Kategorien zugeordnet. Die Hauptbarrieren waren der Mangel an Kenntnis (*lack of awareness*), Vertrautheit (*familiarity*), Zustimmung (*agreement*), Selbstvertrauen (*self-efficacy*), Ergebniserwartung (*outcome expectancy*), die Trägheit, die bestehende Praxis zu ändern (*Inertia of Previous Practice*) und externe Barrieren, die mit Leitlinien, Patienten oder Umfeld zusammenhängen. Die Intensität der Barriere war dabei je nach Leitlinie sehr unterschiedlich. Kunz et al.⁹² untersuchte die Einstellung gegenüber Leitlinien von Berliner Hausärzten. Im Rahmen dieser Studie konnten Barrieren, die eine Leitlinienanwendung verhindern, aufgedeckt werden. Zu den Hauptbarrieren gehören nach Kunz et al. der „mangelnde Bekanntheitsgrad vieler Leitlinien“, „widersprüchliche Leitlinien“ und „schwieriges Auffinden guter Leitlinien“. „Kosten für die Beschaffung von Leitlinien“ sowie die „Schwierigkeit, die eigene Routine und Gewohnheiten zu ändern“ als mögliche Barrieren der Leitlinienanwendung spielen eine untergeordnete Rolle. Weitere Studien zur Leitlinienimplementierung^{23,47,89,92} belegen die Schwierigkeit, Leitlinien in den ärztlichen Alltag zu integrieren. Insgesamt lassen sich aus den oben genannten Beispielen folgende Barrieren bei der Implementierung allgemein herausstellen:

- Ungenügende formale und inhaltliche Qualität von Leitlinien
- Mangelndes ärztliches Wissen, das sich vor allem in unzureichender Kenntnis und Vertrautheit mit evidenzbasierter Medizin äußert
- Einstellung gegenüber Leitlinien, die insgesamt Leitlinien unterschätzt und diese als wenig nützlich erachtet
- Agieren und Vorlieben von Arzt und Patient (z.B. unterschiedliche Krankheitskonzepte, Befürchtungen von Nebenwirkungen)
- Äußere Faktoren wie Zeitdruck, Vergütung, Praxismanagement.

1.1.2.2 Einstellung gegenüber Leitlinien

Von Interesse für eine erfolgreiche Leitlinienimplementierung ist die allgemeine Einstellung gegenüber Leitlinien. Mehrere Studien fanden heraus, dass eine positive Einstellung gegenüber Leitlinien nicht unbedingt mit einer verstärkten Anwendung von Leitlinien verknüpft ist^{49,58,60}. Weitere Studien ergaben, dass die Einstellung gegenüber Leitlinien allgemein und gegenüber speziellen Leitlinien oft unterschiedlich ist^{23,107} und

dass Leitlinien grundsätzlich als positiv bewertet werden, wobei 70% der befragten Ärzte Leitlinien eine Verbesserung der Behandlungsqualität zutrauen³⁶. In einer anonymen postalischen Befragung von über 800 Berliner Hausärzten wurde das Thema Leitlinien, ihre Barrieren in der Anwendung und ihr Problemlösungspotential untersucht⁹². Der Rücklauf betrug 24%. Kunz et al. stellte fest, dass Anwender von Leitlinien verglichen mit Nichtanwendern eine positivere Einstellung gegenüber Leitlinien haben. Anwender sind besser informiert über bestehende Leitlinienangebote und betrachten diese eher als sinnvolle ärztliche Entscheidungsgrundlage bzw. als Lösungsinstrument verschiedener Probleme des Gesundheitssystems.

1.1.2.3 Vergleich von stationären und ambulanten Leitlinien

Leitlinien richten sich an den ambulanten und an den stationären Sektor. Noch liegen über die Bedeutung medizinischer Leitlinien im stationären Sektor kaum Informationen in der Literatur vor. Es ist anzunehmen, dass auch im stationären Praxisalltag Leitlinien verstärkt Anwendung finden. Zahlreiche stationäre Kollegen stehen in regem Kontakt (beispielsweise über Qualitätszirkel) mit Praxen und anderen Kliniken und übernehmen bzw. orientieren sich an deren Leitlinienempfehlungen. Andererseits ist zu bedenken, dass im ambulanten Sektor eine größere Entscheidungsfreiheit bezüglich der Therapiewahl besteht. Die niedergelassenen Kollegen können eher selbst entscheiden, ob sie leitlinienkonform behandeln oder nicht. Ein direkter Vergleich der Leitlinienakzeptanz und -anwendung zwischen stationärem und ambulantem Sektor steht bisher noch aus und eröffnet somit ein neues Forschungsfeld.

1.1.2.4 Leitlinien im internationalen Vergleich

Nach 14 Jahren des Umgangs und der Diskussion um das Thema Leitlinien ist die Art und Weise der Leitlinienerstellung immer noch sehr unterschiedlich¹¹⁴. Da nicht alle erstellten Leitlinien den qualitativen Standard erfüllen, bedarf es zunächst der Überprüfung neuer Leitlinien. 1990 veröffentlichte das US-amerikanische „Institute of Medicine“ sogenannte „erstrebenswerte Eigenschaften klinischer Leitlinien“, die bei der Leitlinienerstellung berücksichtigt werden sollten⁴⁰:

- Validität
- Klinische Flexibilität
- Evidenzstärke
- Klarheit
- Wahrscheinliche Therapieergebnisse
- Multidisziplinärer Prozess
- Zuverlässigkeit/ Reproduzierbarkeit

- Planmäßige Überprüfung
- Klinische Anwendbarkeit
- Dokumentation

Ergänzend zu den amerikanischen Leitlinienkriterien formulierten Grimshaw und Russel⁴⁷ drei wichtige Aspekte für die Validität einer Leitlinie:

- die Zusammensetzung und Arbeitsweise der Autorengruppe;
- die Suche und Synthese der Evidenz sowie
- die Methodik der Leitlinienentwicklung

Nach deutschen Empfehlungen erfolgt die Leitlinienentwicklung in drei Stufen⁸² („Drei-Stufen-Modell der AWMF“): Stufe 1 (S1) beinhaltet die Erarbeitung einer Leitlinie durch eine Expertengruppe der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaft. Diese S1-Leitlinien werden von dem Vorstand der Fachgesellschaft verabschiedet. Die Leitlinienerarbeitung geschieht im „informellen Konsens“⁸² (kein „formalisierter Konsens“¹¹⁴). In einem nächsten Schritt wird die Evidenz der verabschiedeten S1-Leitlinie in einem „formalen Konsensusverfahren“ diskutiert. Nach deutschen Empfehlungen enthalten Leitlinien der Stufe 3 alle 5 Elemente der systematischen Erstellung⁸²:

- Formaler Konsensusprozess
- Logische Analyse (klinischer Algorithmus)
- „evidenzbasierte“ Medizin
- Entscheidungsanalyse
- Outcome-Analyse

In den letzten Jahren ist eine steigende Übereinstimmungstendenz der verschiedenen Entwicklungsmethoden zu beobachten. Dies ist durch „übernationale Projekte“, wie die Empfehlungen des Europarates zur Leitlinien-Methodik^{35,71}, die Etablierung des internationalen Leitliniennetzwerks G-I-N^{71,110,115}, vor allem aber durch die Entwicklung des AGREE-Instruments erreicht worden¹³⁹. In der internationalen Literatur herrscht Einigkeit darüber, dass die Leitlinien-Qualität starken Einfluss auf Akzeptanz und Wirksamkeit der Leitlinien hat.

Die geringe Berücksichtigung von Qualitätskriterien für ärztliche Leitlinien scheint ein internationales Problem zu sein (Deutschland, USA, Neuseeland). Zahlreiche der wesentlichen Leitlinienentwicklungen stammen aus den Vereinigten Staaten. Wichtigster Auslöser dafür stellte die hohe Kostensteigerung im amerikanischen Gesundheitswesen dar. 1989 wurde die „Agency for Health Care Policy and Research“

(AHCPR)⁶ als Bundesbehörde zur Erstellung von Leitlinien eingerichtet. 1989 und 1996 wurden 19 Leitlinien durch die AHCPR erstellt, wobei diese Leitlinien möglichst evidenzbasiert und ansonsten durch fachkundige Beurteilung abgesichert waren. Darüber hinaus wurden auch Programme zur Förderung der Leitlinienimplementierung, zum Monitoring und zur Evaluation von Leitlinien entwickelt. Es existieren weitere Institutionen, die an der Leitlinienentwicklung beteiligt sind. Dazu gehören das „National Institute of Health“, das „American College of Physicians“ und viele der Krankenversicherungen. Nach der Erstellung zahlreicher neuer Leitlinien, zunehmender Akzeptanz der evidenzbasierten Techniken und der zur Neige gehenden Ressourcen beschäftigt sich die AHCPR mit weiteren Leitlinienprogrammen^{70,145}.

Leitlinien gewinnen erst an Nutzen und Wirksamkeit, sobald ihre Empfehlungen bei der therapeutischen Behandlung Anwendung finden. Daher bedürfen nationale und internationale Leitlinien der Überprüfung und einer eventuellen Angleichung¹¹⁴. Verschiedene Studien bezeugen die positiven Auswirkungen von Leitlinien auf „Prozess- und Ergebnisqualität im Gesundheitswesen“^{10,101,103}. Beispiele dafür liefern Auswirkungen auf die Leitlinienimplementierung in Schottland:

Nachdem die schottische Leitlinie zur Thromboseprophylaxe veröffentlicht war, stieg sowohl die Verordnungsrate der Thromboseprophylaxe bei Risikopatienten (von 72,8% auf 97,4%) als auch die der korrekten (d.h. von der Leitlinie empfohlenen) Prophylaxe-Form (von 54,5% auf 95,9%)¹⁰².

Während der Vorbereitungsphase der Erstellung einer nationalen Leitlinie zum Einsatz verhaltenstherapeutischer und psychologischer Maßnahmen bei Demenz erfolgte eine Erfassung der Neuroleptika-Verordnungen in der primärärztlichen Versorgung dementer Patienten¹³¹. Ein Jahr nach der Leitlinienveröffentlichung wurde eine erneute Zählung durchgeführt, die eine Verringerung des Neuroleptika-Gebrauchs von 41,8% auf 25% ergab³⁰.

1.1.3 Leitlinie Parkinson-Syndrome (LLPKS)

1.1.3.1 Allgemeine Darstellung der Behandlungssituation

Mit einer Prävalenz von 100-200/ 100000 Einwohnern²⁸ stellt das idiopathische Parkinson-Syndrom (IPS) die zweithäufigste neurodegenerative Erkrankung dar⁷³. Die Zahl der an Parkinson erkrankten Personen betrug in Deutschland im Jahr 2006 etwa 250000 bis 400000⁴³. Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko an Parkinson zu erkranken⁴³. Die Prävalenz bei >65-jährigen Patienten liegt bei 1800/ 100000²⁸. Auch in

Anbetracht der Tatsache, dass sich die Altersstruktur der deutschen Bevölkerung immer weiter zu Gunsten der älteren Generation entwickeln wird, erlangt das Parkinson-Syndrom immer größere Relevanz. Frühe Diagnosestellung und diagnostische Differenzierung zwischen idiopathischem und nicht-idiopathischem Parkinson-Syndrom sind entscheidend für die Prognose und anzuwendende Therapie³¹. Die zunehmenden Möglichkeiten in Diagnostik und Therapie des idiopathischen Parkinson-Syndroms erfordern einen zuverlässigen, an den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen orientierten Standard für die Behandlung der Patienten. Dieser Standard sollte in Form von rationalen, evidenzbasierten Behandlungsrichtlinien neueste diagnostische und therapeutische Strategien und damit den „state of the art“ (Erkenntnisse zum Zeitpunkt ihres Erlassens) repräsentieren⁵⁵.

1.1.3.2 Erstellung und Evaluation der LLPKS

Im Fachgebiet Neurologie wurden erstmals 2003 Leitlinien der Entwicklungsstufe 2 für die wichtigsten neurologischen Erkrankungen von der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) publiziert. Das Kompetenznetzwerk Parkinson (KNP) erstellte die erste Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Parkinson-Syndromen „LLPKS“. Die LLPKS wurde 2005³² und 2008³³ überarbeitet und in tabellarischer Kurzform vorgestellt. Die Leitlinienerstellung ist eine explizite Forderung des Drittmittelgebers an das KNP. An der Konsensusbildung beteiligt waren die Deutsche Parkinson-Gesellschaft (DPG), der Bund Deutscher Neurologen (BDN), der Bundesverband Deutscher Nervenärzte (BVDN) und jeweils ein Vertreter der Parkinson Gesellschaften aus Österreich und der Schweiz. Außerdem wurde die Leitlinie der Patientenselbsthilfegruppe deutsche Parkinson-Vereinigung e.V. (dPV) vorgelegt³³.

Aufgrund der kurzen Verfügbarkeit neurologischer Leitlinien fehlen auf diesem Fachgebiet systematische Erhebungen zur Akzeptanz und ärztlichen Einstellung gegenüber Leitlinien sowie zu Implementierungshindernissen im ärztlichen Alltag. Vergleichende Evaluationen verschiedener Implementierungsstrategien stehen auf neurologischem Fachgebiet noch aus.

Im Rahmen eines Pilotprojektes wurde im September 2005 erstmals eine vorläufige Evaluierung der LLPKS durchgeführt³¹. Als Studiendesign wurde eine Querschnittsstudie gewählt, die aus 25 Items bestand. Die Stichprobe bestand aus 181 niedergelassenen Neurologen (133 Männer und 48 Frauen), die entweder Teilnehmer des DGN-Kongresses oder Leser des Newsletters des KNP waren³¹. Es wurde nach der Kenntnis („knowledge“) und nach dem Bewusstsein („awareness“) der deutschsprachigen Parkinson-Leitlinie gefragt. 53,1% der Befragten bejahten die Kenntnis der S2-Leitlinie, 59,8% der Leitlinien-Kenner bezeichneten die Nützlichkeit

der Leitlinie als „gut“. Die Themenkomplexe, die am häufigsten nicht korrekt beantwortet wurden, waren die Diagnostik und Therapie motorischer und nicht-motorischer Komplikationen (inklusive Depression und Demenz) und die Differentialdiagnostik von atypischen Parkinson-Syndromen. Betreffend der Kenntnis der Differentialdiagnostik von idiopathischen und nicht-idiopathischen Parkinson-Syndromen schlossen Leitlinien-Kenner signifikant besser ab als Nichtkenner (94,7% vs. 84,3%). Diesen Ergebnissen liegt ein möglicher Selektionsbias zu Grunde, da bei der durchgeführten Pilotstudie ausschließlich Teilnehmer des DGN-Kongresses und Leser des Newsletters des KNP befragt wurden. Dementsprechend ist es möglich, dass eher engagierte und besser informierte Neurologen geantwortet haben. Folglich dürfte die Kenntnis der S2-Leitlinie bei der Gesamtheit der Neurologen geringer ausfallen³¹. Die Studie ist somit nicht repräsentativ für die Allgemeinheit der Neurologen, da die externe Validität niedrig ist. Zusammenfassend lässt diese Studie darauf schließen, dass Kenntnis und Wissen der Leitlinie im medizinischen Praxisalltag immer noch begrenzt sind. Zukünftige Implementierungsmaßnahmen sollten Strategien zur Verhaltensänderung im Umgang mit Leitlinien der Ärzteschaft beinhalten.

Die hier vorliegende Untersuchung widmet sich der Evaluation von Bekanntheit, Akzeptanz und Implementierung der S2-LLPKS speziell und von Leitlinien allgemein im stationären und ambulanten Sektor. Die Arbeit ist Teil eines Projektes des KNP, das sich mit der Evaluation der LLPKS befasst. Dabei wird erstmalig die Evaluation der LLPKS in der stationären Anwendung durchgeführt.

1.1.4 Exkurs: Einführung in die Qualitative Inhaltsanalyse

Die Evaluation der LLPKS und von Leitlinien allgemein im stationären Sektor stellt ein bisher weitestgehend unerforschtes Gebiet dar. Um in diesem Bereich mehr Daten zu generieren, wurde im Rahmen dieser Arbeit ein sogenanntes „Experteninterview“ (Leitfadeninterview mit Experten=Neurologen) durchgeführt. Eine geeignete Methode zur Auswertung von Experteninterviews ist die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring^{45,101}. Diese Art der Analysetechnik ermöglicht eine möglichst lebensnahe authentische Abbildung und Dokumentation der Antworten der Interviewteilnehmer. Da im Rahmen dieser Doktorarbeit Experteninterviews durchgeführt und mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet wurden, wird im Folgenden der Hintergrund dieser Methodik erläutert.

Als Alternative zu standardisierten Befragungen wurden Interview-Methoden entwickelt mit dem Hintergrund, dem Befragten „mehr Spielraum“ in seiner Antwortwahl zu bieten. Auf diese Weise sollte ein erweiterter Einblick in den persönlichen Standpunkt des

Befragten ermöglicht werden. Unter den „evaluativen Interviews“ sind Experteninterviews einzuordnen. Da das Wissen von Experten in vielen Sektoren einen geeigneten Ausgangspunkt für Evaluationen darstellt⁴¹, werden Experteninterviews durchgeführt. Drei Merkmale charakterisieren Experteninterviews: Die Zielgruppe der Interviewteilnehmer (Experten), die Fokussierung des Interviewinhalts (Expertenwissen) und die Pragmatik der Interviewführung, da Experten oft wenig Zeit für Interviews haben⁴¹. Deeke²⁶ gibt eine Definition von Experten: „Die Antwort auf die Frage, wer oder was <<Experten>> sind, fällt in Abhängigkeit vom Untersuchungsgegenstand und darauf bezogenem theoretisch-analytischen Forschungsansatz ganz unterschiedlich aus. [...] Als Experten könnte man diejenigen Personen bezeichnen, die in Hinblick auf einen interessierenden Sachverhalt als <<Sachverständige>> in besonderer Weise kompetent sind.“ Liebold und Trinczek⁹⁵ beschreiben, dass Experteninterviews meist in der Form von Leitfaden-Interviews durchgeführt werden. Dabei erfüllen Leitfäden im Experteninterview zwei wesentliche Aufgaben: Der Interview-Leitfaden sichert, dass der Forscher einen kompetenten Gesprächspartner darstellt. Darüber hinaus verhindert der Leitfaden, dass das „Gespräch sich in Themen verliert, die nichts mit der Sache zu tun haben“¹⁰³. Das halbstrukturierte Interview ist ein von Scheele und Gröben¹³³ eigens entwickeltes Schema eines Leitfadeninterviews, das sich durch ganz besondere Techniken auszeichnet. Während der Interviewer die Fragestellung vorgibt, wird dem Befragten freier Spielraum bei der Beantwortung der Fragen eingeräumt. Der Problemfokus wird zuvor aufgrund von Vorannahmen, Vorerhebungen oder anderen Erkenntnissen erarbeitet und analysiert und dann in einem Interviewleitfaden zusammengestellt. Der für das Interview entwickelte Leitfaden besteht üblicherweise aus:

- Sondierungsfragen
- Leitfadenfragen
- Ad hoc-Fragen

Diese problemzentrierten Interviews sind eine nicht rein explorative Methode, sondern gehören zur Gruppe der theoriegeleiteten Forschung, da spezifische Fragestellungen bzw. Ideen, die vorher entstanden sind, näher untersucht werden¹³³. Nach Gläser und Laudel existieren unterschiedliche Interviewformen⁴⁵: Standardisierte Interviews, halbstandardisierte Interviews und nichtstandardisierte Interviews.

Nichtstandardisierte Interviews gehören zu den qualitativen Methoden. Hier ist ausschließlich das Thema vorgegeben, Fragenwortlaut und Reihenfolge sind frei wählbar. Die Gruppe der nichtstandardisierten Interviews kann unterteilt werden in Leitfaden-Interviews, offene und narrative Interviews. Ersteres wurde in dieser Arbeit verwendet. Der Leitfaden beinhaltet Fragen, die vom Befragten beantwortet werden

müssen. Dabei sind Fragenformulierung und Reihenfolge der Fragen frei wählbar. Ad-hoc-Fragen (Nachfragen, die ad-hoc gestellt werden) können das Leitfadeninterview ergänzen und müssen im Leitfaden nicht extra aufgeführt werden. Der Leitfaden übernimmt die Funktion einer „Richtschnur“, an der sich der Interviewer entlang tasten kann⁴⁰. Das Ergebnis des leitfadengestützten Interviews besteht aus Rohdaten, die ausgewertet werden müssen. Die Datenerhebung unterliegt bei qualitativen Methoden stärker dem Einfluss des Forschers als dies bei quantitativen Methoden der Fall ist.

Die qualitative Inhaltsanalyse ist eine geeignete Methode zur Auswertung von Experteninterviews⁴⁵. Mayring¹⁰¹ bezeichnet auch das „Bearbeiten großer Materialmengen“ mittels „systematischem, regelgeleitetem Vorgehen“ als großen Vorteil der qualitativen Inhaltsanalyse. Qualitative Inhaltsanalyse durchsucht den Text mit Hilfe eines „Analyserasters“⁴⁵ nach relevanten Informationen, die anschließend in Kategorien des Analyserasters eingeordnet werden. Desweiteren erfolgt eine textunabhängige Bearbeitung der Informationen. Die Methode zeichnet sich dadurch aus, dass sich nach der Informationsextraktion eine vom Ursprungstext unabhängige Weiterverarbeitung der gewonnenen Informationen anschließt. Dies unterscheidet diese Methode von anderen qualitativen Verfahren. Außerdem erfolgt die Kategorienentwicklung vor der Textanalyse, das „Ordnungsschema“ steht vorher fest⁴⁵. Nach Mayring¹⁰¹ hat qualitative Inhaltsanalyse die Aufgabe, „Kommunikation zu analysieren; fixierte Kommunikation zu analysieren“; dabei „systematisch vorzugehen“, was „regelgeleitetes und theoriegeleitetes Vorgehen“ bedeutet. Insgesamt hat qualitative Inhaltsanalyse das Ziel, „Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte der Kommunikation zu ziehen“. Besonders wichtige spezielle qualitative Techniken sind die sogenannten „drei Grundformen des Interpretierens“: Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung. Nach der Zerlegung des Materials in kurze Sinneinheiten werden diese mit Hilfe der drei Grundformen nacheinander bearbeitet. Die Aufgabe der Zusammenfassung besteht darin, das Material auf wesentliche Inhalte zu reduzieren. Explikation bedeutet Erläuterung einzelner Textstellen durch Zusatzmaterial und die Strukturierung sollte ein Ordnungsschema für das Material festlegen (z.B. in Form von Kategorien)¹⁰¹. Qualitative Forschungsverfahren beinhalten Techniken, die „flexibel“ und „angepasst“ angewendet werden können. Solange permanente Reflexion und theoretische Begründung gewährleistet sind, können qualitative Verfahren auf unterschiedliche Art kombiniert, durchmischt und vervollständigt werden¹³³. Es existieren verschiedene Erwartungen, die an qualitative Evaluationsforschung gestellt werden:

- „Erschließung eines bisher wenig erforschten Wirklichkeitsbereichs [...]“⁴¹
- „Ergänzung quantitativer Daten [...]“⁴¹

- „Differenzierung und Vertiefung repräsentativer Studien [...]“⁴¹
- „Evaluation sehr komplexer Maßnahmen in <<natürlichen Settings>> [...]“¹¹⁶
- „Beteiligungsorientierte Verfahren wie die <<Fourth Generation Evaluation>>⁵², die zur Aktivierung, Akzeptanz und Selbstverantwortung der Zielgruppen beitragen sollen“

Qualitative Evaluationsforschung zeichnet sich dadurch aus, „Prozesse und Entwicklungen zu beobachten und im Detail zu rekonstruieren“⁴¹. Somit können individuelle Betrachtungsweisen entdeckbar und Interessen plausibler und verständlicher gemacht werden. Aufgabe qualitativer Evaluation sollte das Sammeln und Dokumentieren von Geschichten sein, die anschließend analysiert werden. Idealerweise sollte qualitative Evaluationsforschung

- „theoretisch gehaltvolle und valide Deutungen von Handlungsmustern und Interaktionsprozessen [...]“ liefern⁴¹
- „die Wirkung unterschiedlicher Kontexte durch systematische Vergleiche“ identifizieren⁴¹
- „...die Entwicklung von Empowerment, (Selbst-)Reflexion und Lernprozessen (lernende Organisation)“ fördern⁴¹
- „die Dynamik von Projektentwicklungen [...]“ fördern⁴¹
- „als dialogische und demokratische Form auch zu ergebnisoffenen sozialen Innovationen beitragen“⁴¹
- „durch die Rekonstruktion latenter Sinnstrukturen Bedingungen erhellen, die spezifische Handlungsmuster generieren“⁴¹

In der Qualitätssicherung qualitativer Evaluationsforschung erlangt die „Beurteilung konkreter Studien“ zunehmend an Relevanz (good practice und best practice)⁴¹. Best practice-Studien dienen dabei als Maßstab, mit dem neu durchgeführte Studien verglichen werden müssen. Patton¹¹⁶ formulierte allgemein gültige Kriterien zur Beurteilung der Qualität von Evaluationsforschungsprojekten. Im Gebiet der qualitativen Forschung werden heute hauptsächlich qualitative Interviews angewendet⁴¹. Auch für den amerikanischen Raum wird geschätzt, dass 90% aller sozialwissenschaftlicher Forschung aus Interview-Daten gewonnen werden⁶². Der menschliche Lebensraum wird von Atkinson und Silvermann⁸ und Denzin²⁷ als „Interview-Society“ beschrieben. Im Zentrum der Forschungspraxis steht die Befragung einzelner Akteure (Steakholder) als Informationsquelle, wobei vor allem Experteninterviews eine große Rolle spielen [...]“⁴¹.

2. Fragestellung

2.1 Erläuterung der Studie

Leitlinien beeinflussen zunehmend das ärztliche Handeln in Klinik und Praxis. Es bedarf der Evaluation der Leitlinienanwendung und -wirkung, um effektive Implementierungsstrategien etablieren zu können. Diese Arbeit widmet sich der Evaluation von Bekanntheit, Akzeptanz und Implementierung der S2-Leitlinie Parkinson-Syndrome (LLPKS) und von Leitlinien allgemein im stationären Bereich. Leitfaden-Interviews dienen der Erhebung möglicher Unterschiede zum ambulanten Sektor bezüglich Anwendung, Akzeptanz sowie Einstellung zur Wichtigkeit und Praktikabilität der LLPKS und von Leitlinien allgemein.

2.2 Konkrete Forschungsfragen

- Wie ist die Bekanntheit, Akzeptanz und Implementierung der LLPKS und von Leitlinien allgemein im stationären Alltag?
- Unterscheiden sich niedergelassene Neurologen gegenüber stationär tätigen Neurologen im Hinblick auf die Anwendung, Akzeptanz sowie Einstellung zur Wichtigkeit und Praktikabilität der LLPKS und Leitlinien allgemein?

2.3 Ziel der Studie

Ziel der Studie ist es, mit Hilfe einer quantitativen Querschnittsbefragung stationär arbeitender Neurologen zur Akzeptanz und Implementierung der LLPKS und von Leitlinien allgemein Einblicke in den noch weitgehend unerforschten stationären Bereich zu erlangen. Mittels einer qualitativen Datenerhebung sollen möglichst praxisnahe und detaillierte Erkenntnisse zur Anwendung, Akzeptanz sowie Einstellung zur Wichtigkeit und Praktikabilität der LLPKS und von Leitlinien allgemein im Vergleich stationär und ambulant arbeitender Neurologen gewonnen werden.

3. Methodik

3.1 Setting und Stichprobe

3.1.1 Quantitative Stichprobe

Die quantitative Erhebung dieser Arbeit bestand aus einer Querschnittsbefragung mittels eines Fragebogens, an der alle stationär arbeitenden Neurologen der 13 Rhön-Kliniken, inklusive der Klinik für Neurologie in Marburg, sowie des Klinikums rechts der Isar teilnahmen. Durch telefonische Auskunft wurde die Anzahl der stationär tätigen Neurologen erfasst. Es teilte sich wie folgt auf: Klinik Kipfenberg (n=2), Neurologische Klinik Bad Neustadt/ Saale (n=32), die Amperkliniken AG in Dachau (n=11), das Klinikum Pforzheim (n=13), die Zentralklinik Bad Berka (n=11), das Banzhaf-Klinikum Meiningen (n=9), das Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie in Hildenburghausen (n=13), die Klinik für Neurologie in Giessen (n=20) und die Klinik für Neurologie in Marburg (n=28), das Regionalzentrum Wiesbaden (n=6), die Mittelweserkliniken (n=5), das Klinikum Frankfurt/ Oder (n=7) und das Klinikum rechts der Isar (n=35). Insgesamt wurden 192 Fragebögen verschickt. Das Versenden der Fragebögen erfolgte in zwei Phasen: 157 Fragebögen wurden Ende Mai 2007 an stationär tätige Neurologen ausgewählter Rhön-Kliniken verschickt. In einer zweiten Phase Mitte Juli 2007 wurden 35 weitere Fragebögen an das Klinikum rechts der Isar verschickt. Jedem Fragebogen lag ein Anschreiben bei, in dem über die Freiwilligkeit der Teilnahme und die Gewährleistung datenschutzrechtlicher Auflagen informiert wurde, sowie ein frankierter Rückumschlag, um die Antwortquote zu erhöhen. Ein Erinnerungsanruf, der nach etwa vier Wochen nach der Fragebogenversendung erfolgte, sollte den Rücklauf ausgefüllter Fragebögen verstärken. Der Rücklauf lag bei 37% (n=71). Die Teilnahme am Fragebogen wurde nicht vergütet.

3.1.2 Qualitative Stichprobe

Den qualitativen Teil bildeten leitfadengestützte Interviews (halbstrukturiert), die mit vier stationär und vier ambulant arbeitenden Neurologen geführt wurden. Die am Interview teilnehmenden Ärzte sollten aus dem Marburger Umkreis stammen. Die Rekrutierung der niedergelassenen Ärzte sollte über einen gemischten Qualitätszirkel (stationär und ambulant), dem Qualitätsnetzwerk Neurologische Patientenversorgung (QNP), der vierteljährlich in der Marburger Klinik für Neurologie stattfindet, erfolgen. Am 30.5.2007 fand ein Treffen des QNP statt, an dem 18 Neurologen teilnahmen. Jeder Teilnehmer erhielt eine Tischvorlage, in der die geplante Leitlinienevaluation kurz vorgestellt und über das Interview informiert wurde. Leider hinterließ keiner der Anwesenden seine Personaldaten, so dass die Rekrutierung der niedergelassenen Neurologen durch eine andere Strategie erfolgen musste. Alle im Telefonbuch befindlichen Praxen niedergelassener Neurologen im

Marburger Umkreis von dreißig Kilometern wurden antelefoniert. Nach einer kurzen Information über das Studienziel wurden Interviewtermine mit den studieninteressierten Neurologen vereinbart. Die Interview-Absagen wurden konsekutiv aufgefüllt mit den Interview-Zusagen. Es erfolgte eine Aufklärung über die Freiwilligkeit der Teilnahme und über die Gewährleistung einer vertraulichen und anonymen Datenverarbeitung. Darüberhinaus wurde jedes Interview mit 50 Euro und einer neuen Auflage der LLPKS vergütet, um den Anreiz einer Teilnahme zu erhöhen. Auf diese Weise erklärten sich vier niedergelassene Neurologen aus dem Marburger Umkreis bereit, an dem Interview teilzunehmen. Zwei von ihnen nahmen die finanzielle Vergütung in Anspruch. Die stationär arbeitenden Interviewteilnehmer wurden alle an der Klinik für Neurologie der Universität Marburg rekrutiert (n=4). Auch hier erfolgte eine Aufklärung über die Freiwilligkeit der Teilnahme und über die Gewährleistung einer vertraulichen und anonymen Datenverarbeitung. Für das Interview bekamen die stationär tätigen Neurologen eine neue Buchauflage der LLPKS. Nach Terminabsprache fanden alle Interviews von Juni bis Juli 2007 statt. Diese Interviews wurden auf Tonband aufgezeichnet und die Daten anonym ausgewertet.

3.2 Messinstrumente

3.2.1 Fragebogen

Das Messinstrument des quantitativen Teils der Arbeit bestand aus einem zweiseitigen Fragebogen mit 48 Items zur Akzeptanz, Nützlichkeit und Implementierung der LLPKS und von Leitlinien allgemein (siehe Anhang S. 75-76). Der Fragebogen gliederte sich in drei große Abschnitte; der erste Abschnitt erfragte soziodemographische Merkmale durch nominalskalierte Antwortmöglichkeiten oder vorgegebene Häufigkeiten (Fragen 1-9). Der zweite Abschnitt enthielt Angaben zur LLPKS (Fragen 10-15); es wurde nach Kenntnis, Nutzen und Auswirkung der LLPKS gefragt. Auch hier wurden als Antwortmöglichkeiten bestimmte Häufigkeiten bzw. Adjektive vorgegeben. Die Fragen 13 und 14 waren mit Freitext zu beantworten. Die Fragebogenteilnehmer wurden dazu aufgefordert, Vorteile und Nachteile der LLPKS zu notieren. Frage 15 dieses Abschnitts erkundigte sich nach speziellen Patienten-Leitlinien. Im dritten Teil des Fragebogens (Nr.16, 17 und 18) wurden Angaben zur Einstellung gegenüber Leitlinien im Allgemeinen erfragt. Dies erfolgte durch überwiegend geschlossene Fragen mit fünf ordinalskalierten Antwortmöglichkeiten, welche in der Regel eine Skalenbandbreite von 1 bis 5 aufwiesen. (1 im Sinne von „Stimme ich überhaupt nicht zu“ bis „Stimme ich völlig zu“ bzw. „Empfinde ich überhaupt nicht als Problem“ und „Empfinde ich als sehr großes Problem“). Dementsprechend markierten in Nr. 16 eine 4 oder 5 Zustimmung, eine 1 oder 2 dagegen Ablehnung.

Nummer 16 enthielt 11 Items zu dem Thema „Einstellung gegenüber Leitlinien“. Dabei entsprachen 8 Items der deutschen Übersetzung der Einstellungsskala von Tunis et al.¹⁴¹, welche der Vorgänger vieler anderer internationaler Studien zu dem Thema „Einstellung gegenüber Leitlinien“^{38,53,58} ist. Zu den 8 Items wurde ein weiteres Item zur möglichen Zunahme von Regressen hinzugefügt. Dies geschah aufgrund eines Reviews der Studie von Farquar, Kofa und Slutsky³⁶, welches die Ergebnisse 30 verschiedener Studien zur allgemeinen Einstellung gegenüber Leitlinien zusammenfasst und neben den Items der Tunis-Skala das Item zur möglichen Regresszunahme durch Leitlinien beinhaltet. Da es unsicher erschien, ob die Tunis-Skalen auch ohne Hindernis in deutscher Sprache und in Deutschland funktionieren, wurden weitere zwei Items ergänzt, welche von der möglichen Einschränkung des Denkens durch Leitlinien und von der Leitlinienerstellung durch praxisunerfahrene Experten handeln.

Nummer 17 stellt eine abgewandelte Form von Nummer 3 des Fragebogens von Frau Kunz⁹² dar. Es wird die Wichtigkeit von Leitlinien in der medizinischen Entscheidungsfindung im Vergleich zu anderen Informationsquellen beleuchtet. Die Teilnehmer sollen 7 aufgeführte Informationsquellen nach ihrer Wichtigkeit zuordnen. Das in dieser Befragung verwendete Antwortmuster stellt eine vereinfachte Form von Nr. 3 des Kunz-Fragebogens dar. In der Befragung von Kunz et al. bewerteten die Teilnehmer 8 Items im Vergleich zu Leitlinien, in dem jedes Item einer der drei Kategorien „Leitlinien sind weniger sinnvoll“, „Beides ist gleich sinnvoll“ oder „Leitlinien sind sinnvoller“ zugeordnet wurde. Die Mehrzahl der Items stimmte mit Nr.17 des in dieser Studie verwendeten Fragebogens überein. Ergänzend dazu fragt Frau Kunz nach „Klinischen Erfahrungen mit Patienten“, „Eigener Literaturrecherche“ sowie nach „Informationen von Fachgesellschaften/ Berufsverbänden“, während Nr. 17 das „Internet“ als Informationsquelle zur Auswahl stellte. Außerdem nahm der in dieser Studie verwendete Fragebogen „Leitlinien“ in die Reihe der Items auf. Bei Kunz et al.⁹² stehen Leitlinien in Form übergeordneter Kategorien in Beziehung zu den Items.

Bei Nr. 18 bezeichneten eine 4 oder 5 die entsprechende Aussage als „großes Problem“, eine 1 oder 2 demgegenüber bezifferten das Item als „unproblematisch“. Nummer 18 behandelte Barrieren der Leitlinienanwendung, wobei 15 mögliche Barrieren als Items evaluiert wurden. Die verwendeten Items waren angelehnt an die 7 Hauptbarrieren der Leitlinienanwendung von Cabana et al.²³.

3.2.2 Interview

Die Aufgabe des Interviews bestand darin, genauere Daten über Einstellung, Erfahrung und Anwendung von Leitlinien (siehe Anhang S. 82-86) von Seiten der Neurologen zu gewinnen und damit explorativ eine Gegenüberstellung von ambulanten und stationären Erfahrungen zu gewinnen. Das im Rahmen dieser Arbeit verwendete halbstrukturierte Interview bestand

überwiegend aus Leitfragen (siehe Anhang S. 82-86), die anhand von vorgegeben Kategorien entwickelt wurden. Zuerst wurde mit einem Probeinterview die Güte der Kategorienbildung überprüft. Anschließend wurde das Interview mit den teilnehmenden Neurologen durchgeführt. Die Kategorien entstammen einer qualitativen Befragung im Rahmen einer Querschnittserhebung zu Einstellung und Haltung von Neurologen im ambulanten Bereich⁹⁴. Inhaltlich behandelten die Fragen Kenntnis, Akzeptanz, Erfahrung und Umsetzung der LLPKS sowie von Leitlinien im Allgemeinen, Praxisrelevanz, Anwendbarkeit, Nützlichkeit und Auswirkungen der LLPKS sowie von Leitlinien im Allgemeinen. Außerdem sollte eine mögliche Leitlinienabweichung und deren Gründe analysiert werden. Der Aufbau des Interviews richtete sich nach einem vorher ausgearbeiteten Leitfaden, der aus verschiedenen Fragetypen bestand¹³³. Sondierungsfragen dienten dem allgemeinen Einstieg in das Thema wie es die Fragen 1 bis 9 darstellen. Um wesentliche Inhalte des Interviews zu dokumentieren und zu fixieren wurden sogenannte Leitfadenfragen¹³³ gestellt (Fragen 10 bis 44). Ergänzend dazu bestand die Möglichkeit für den Interviewer Ad hoc-Fragen zu stellen, welche Aspekte beleuchten, die nicht explizit im Leitfaden aufgeführt sind. Der spontane Charakter dieses Fragetyps eignet sich zum Erhalten des Gesprächsthemas und zum gezielten Nachfragen bestimmter Sachverhalte. In diesem Interview wurden einzelne Ad hoc-Fragen gestellt, die nicht im Leitfaden aufgeführt sind, aber auf Tonband zu hören sind. Nach der Transkription der auf Tonband aufgezeichneten Daten erfolgte die Kondensation, daher eine Reduktion der Daten auf die wesentlichen inhaltlichen Aspekte. Anschließend konnten diese Inhalte der Analyse zugeführt werden.

3.3 Analyse/ Datenauswertung

3.3.1 Quantitative Analyse: Statistik/ Datenmanagement

Die ausgefüllten zurückgesendeten Fragebögen wurden fortlaufend nummeriert, anschließend erfolgte die Dateneingabe über Excel 11.0, die statistische Analyse mit SPSS 14.0. Zur Datenauswertung wurden der Student t-Test für unabhängige Gruppen und der Chi² – Test herangezogen. Als statistisch signifikant wurde ein zweiseitiger p-Wert von <0,05 festgelegt. Zur Auswertung der beiden offenen Fragen wurden die Antworten gesammelt und in Kategorien zusammengefasst. Die Überprüfung der Kategorien erfolgte durch zwei Rater.

3.3.2 Qualitative Analyse: Qualitative Inhaltsanalyse

Die Interviews wurden mit dem Verfahren nach Mayring¹⁰¹ mit der Methode der Frequenzanalyse (Auszählung) ausgewertet. Zuerst wurden die Interviews auf Tonband aufgezeichnet und die Daten anonym ausgewertet. Anschließend erfolgte eine Transkription der Daten, sie wurden kondensiert und analysiert.

3.3.3 Literaturrecherche

Die Literaturrecherche wurde kontinuierlich über einen Zeitraum von Mai 2007 bis August 2007 betrieben. Die am häufigsten genutzten Internetadressen waren dabei <http://www.AEZQ.de> und <http://www.Leitlinien.de>. Es wurde sowohl mit deutschen wie auch englischen Begriffen gearbeitet. Suchbegriffe waren hierbei Leitlinien, Parkinson-Syndrom, Evaluation, stationäre und ambulante Leitlinien, Implementierung, qualitative Inhaltsanalyse, Evidence based medicine, medical guidelines und open interview.

4. Ergebnisse

4.1 Ergebnisse des quantitativen Studienteils

4.1.1 Soziodemographische Daten

Im ersten Abschnitt des Fragebogens wurden die Teilnehmer gebeten, Angaben zu ihrer Person und Tätigkeit zu machen. Der Großteil des Fragebogens wurde einer Häufigkeitsanalyse unterzogen, mit Ausnahme zweier Variablen (Facharztjahre und Alter der teilnehmenden Ärzte), die einer numerischen Analyse zugeführt wurden. Die Ergebnisse sehen wie folgt aus:

Tabelle 1 zeigt, dass die untersuchte Population stationär arbeitender Ärzte der 13 Rhön-Kliniken und des Klinikums rechts der Isar zu 70,4% (n=50) aus männlichen und zu 29,6% (n=21) aus weiblichen Teilnehmern bestand (Graphik 1a). 53,5% (n=38) waren bereits ausgebildete Fachärzte, während 46,5% (n=33) die Facharztausbildung noch nicht begonnen bzw. abgeschlossen hatten. Die Bandbreite der Facharztjahre, d.h. wie lange diese Neurologen schon Fachärzte sind, reichte von dem minimalen Wert 0 Jahre bis zu dem maximalen Wert 30 Jahre, wobei der Mittelwert der Anzahl der Facharztjahre bei 7,1 Jahren lag. Die Altersverteilung der Teilnehmer erstreckte sich über einen Bereich von minimal 27 Lebensjahren bis auf maximal 63 Lebensjahre. Das Durchschnittsalter der befragten Ärzte betrug 37,4 Jahre. 98,6% der befragten Ärzte waren Neurologen (n=70), während 1,4% (n=1) aus der Richtung der Inneren Medizin stammten.

Die Verteilung der untersuchten Gruppe auf die Bundesländer sah wie folgt aus: Eine Mehrheit von 39,4% (n=28) kam aus Bayern, 33,8% (n=24) aus Hessen, 9,9% (n=7) aus Thüringen, 5,6% (n=4) aus Baden-Württemberg und 1,4% (n=1) kamen aus Brandenburg. Die meisten Ärzte arbeiteten in kleineren Städten mit 10.000 bis 100.000 Einwohnern (56,3%, n=40) sowie in Städten mit über 100.000 Einwohnern (n=31). 81,7% der Neurologen waren keine Mitglieder eines Qualitätszirkels (n=58), nur 15,5% (n=11) waren Mitglieder; davon nahm die eine Hälfte regelmäßig und die andere Hälfte vereinzelt an dem Qualitätszirkel teil. Die Frage nach der Erfahrung der Ärzte mit Parkinson-Patienten wurde von 71,8% mit „Ja“ (n=51) und von 26,8% mit „Nein“ (n=19) beantwortet (Graphik 1b). Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Mehrzahl der Fragebogenteilnehmer männlich war und fast nur aus Neurologen bestand. Die Mitgliedschaft an einem Qualitätszirkel war relativ gering (15,5%). Besonders stark vertreten waren Ärzte aus Bayern und Hessen, wobei die meisten Teilnehmer in kleinen Städten arbeiteten. Die meisten Neurologen gaben an, Erfahrung mit Parkinson-Patienten zu haben.

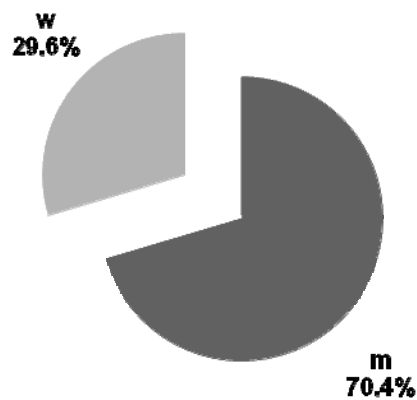
Soziodemographische Daten (FB)

Alter	M (Mittelwert)	SD (Standardabweichung)
Jahre	37,4	7,6
	n (Häufigkeit)	Prozent (%)
Geschlecht		
Männlich	50	(70,4)
Weiblich	21	(29,6)
Facharzt		
Ja	38	(53,5)
Nein	33	(46,5)
Facharztjahre	M (Mittelwert)	SD (Standardabweichung)
	7,1	(6,7)
	n (Häufigkeit)	Prozent (%)
Fachrichtung		
Neurologie	70	(98,6)
Innere Medizin	1	(1,4)
Bundesland		
Baden-Württemberg	4	(5,6)
Bayern	28	(39,4)
Brandenburg	1	(1,4)
Hessen	24	(33,8)
Thüringen	7	(9,9)
Einwohnerzahl		
>100.000	31	(43,7)
10.000-100.000	40	(56,3)
Mitglied im Qualitätszirkel		
Ja	11	(15,5)
Nein	58	(81,7)
Teilnahmehäufigkeit am QZ		
Vereinzelt	5	(50,0)
Regelmäßig	5	(50,0)
Erfahrung mit Parkinson-Patienten		
Ja	51	(71,8)
Nein	19	(26,8)

Parkinson-Patienten im Quartal		
Keine	5	(7,0)
<20	40	(56,3)
20-40	14	(19,7)
>40	11	(15,5)

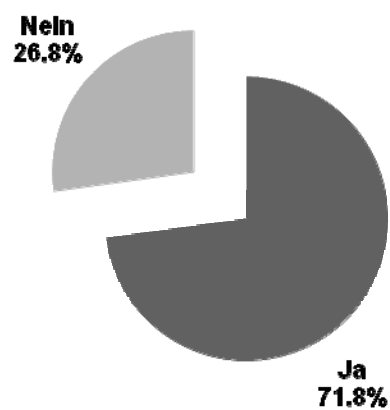
Tabelle 1

Geschlecht



Graphik 1a

Erfahrung mit Parkinson-Patienten



Graphik 1b

4.1.2 Angaben zur Leitlinie Parkinson-Syndrome

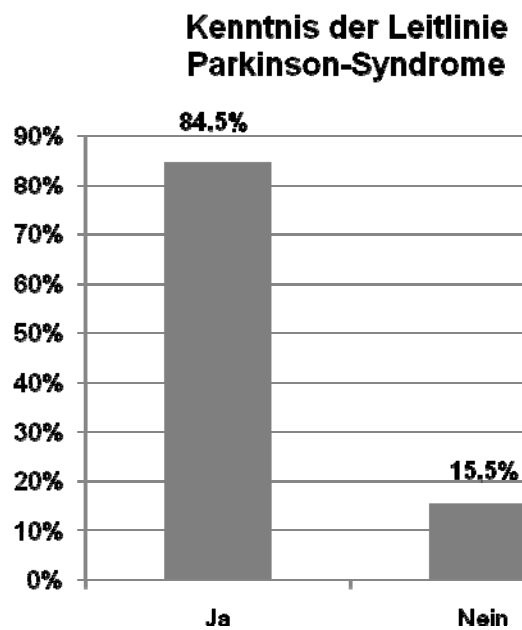
Tabelle 2 (Graphik 2a-2e) zeigt die Ergebnisse des Fragebogens (Fragen 10-12, 15), der sich mit der LLPKS speziell beschäftigt. 84,5% der befragten Neurologen kannten die LLPKS (n=60), 15,5% gaben an, diese Leitlinie nicht zu kennen (n=11) (Graphik 2a). Von den „Kennern“ der Leitlinie wandten 36,7% diese immer an (n=22), 56,7% wandten sie gelegentlich an (n=34) und 6,7% wandten sie nicht an (n=4) (Graphik 2b). 7,1% der Personen, die die LLPKS kannten, empfanden diese als wenig nützlich für ihren Praxisalltag (n=4); 75% empfanden die Leitlinie als nützlich (n=42) und 17,9% bezeichneten sie als sehr nützlich für ihren Praxisalltag (n=10) (Graphik 2c). Die Antwortalternative, die die Leitlinie als „gar nicht nützlich“ beschrieb, wurde von keinem der Teilnehmer gewählt. In der nächsten Frage, die sich nach dem Einfluss der LLPKS auf die Behandlungsqualität der Ärzte erkundigte, sahen 11,1% der Befragten keinen Einfluss (n=6), 44,4% empfanden die Behandlungsqualität als ausgewogen (n=24) und 44,4% (n=24) bemerkten eine Verbesserung der Behandlungsqualität durch die LLPKS (Graphik 2d). Die Mehrheit der Kliniker war gegen eine Leitlinienversion für Patienten (Frage 15). 43,7% stimmten für „Ja“ (n=31), 53,5% stimmten gegen eine spezielle Leitlinienversion für Patienten (n=38) (Graphik 2e). Zusammenfassend kannte die Mehrzahl der befragten Neurologen die LLPKS. Die meisten gaben an, die Leitlinie gelegentlich anzuwenden und bezeichneten sie als nützlich. Keine Einigkeit konnte über die Auswirkungen der LLPKS auf die Behandlungsqualität erzielt werden. Auch die Frage nach speziellen Leitlinienversionen für Patienten konnte nicht eindeutig beantwortet werden.

Angaben zur Leitlinie Parkinson-Syndrome

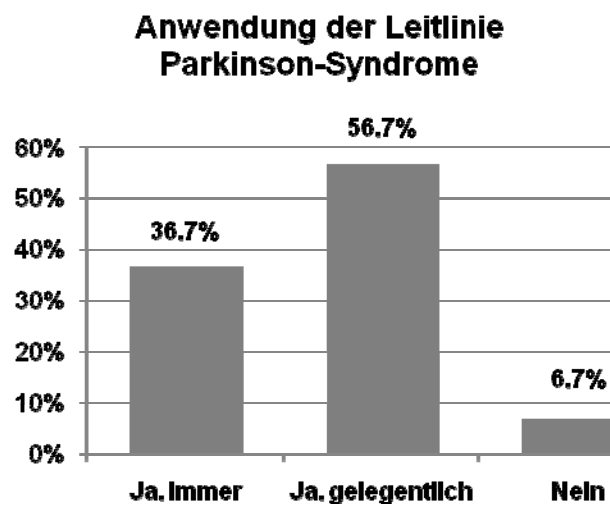
Kenntnis der Leitlinie		
Ja	60	(84,5)
Nein	11	(15,5)
Anwendung der Leitlinie		
Ja, immer	22	(36,7)
Ja, gelegentlich	34	(56,7)
Nein	4	(6,7)
Nützlichkeit der Leitlinie		
Wenig nützlich	4	(7,1)
Nützlich	42	(75,0)
Sehr nützlich	10	(17,9)
Einfluss auf Behandlungsqualität		

Kein Einfluss	6	(11,1)
Ausgewogen	24	(44,4)
Eine Verbesserung	24	(44,4)
spezielle Leitlinien für Patienten		
Ja	31	(43,7)
Nein	38	(53,5)

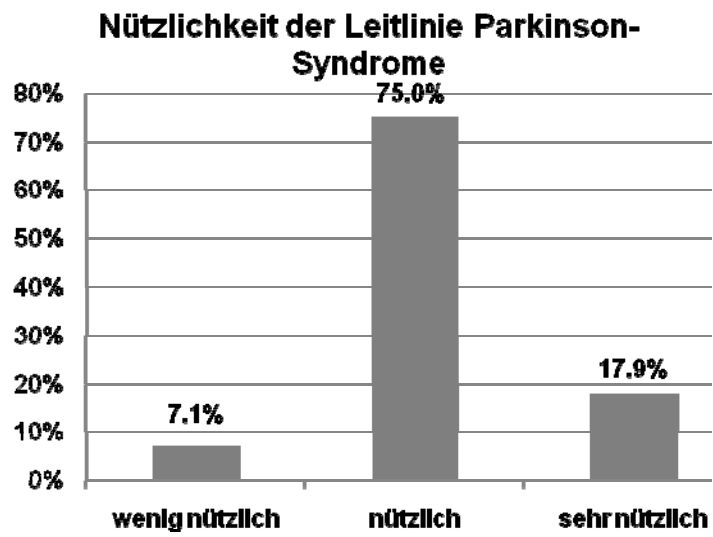
Tab. 2



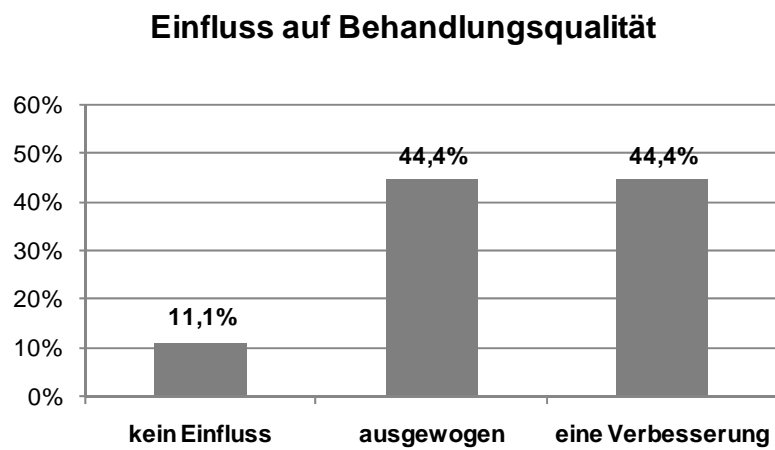
Graphik 2a



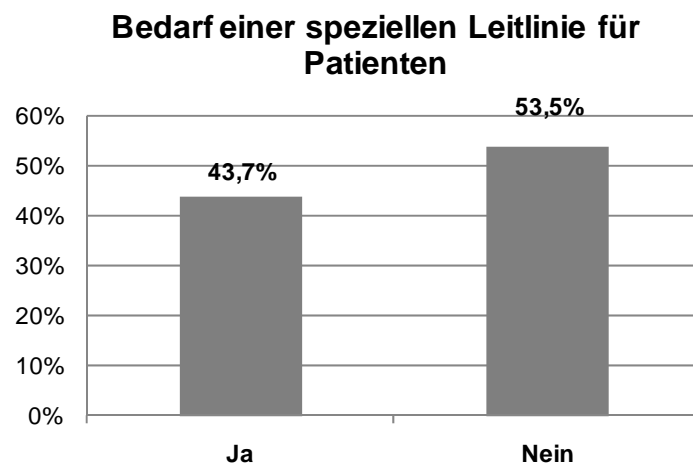
Graphik 2b



Graphik 2c



Graphik 2d



Graphik 2e

Tabelle 3 veranschaulicht die Ergebnisse der Freitextfragen des Fragebogens (Fragen 13,14), die Vorteile und Nachteile der LLPKS erfragen. Von 71 Fragebogenteilnehmern haben 41 Personen (57,7%) die Freitextfrage Nr.13 des Fragebogens beantwortet, dabei betrug die Häufigkeit der Gesamtnennungen der Vorteile der LLPKS n=82. Durchschnittlich hat jede der 41 Personen zwei Vorteile genannt. 33 Personen der 71 Fragebogenteilnehmer (46,47%) haben die Freitextfrage Nr. 14 des Fragebogens beantwortet. Die Häufigkeit der Gesamtnennungen der aufgezählten Nachteile der LLPKS betrug n=33; dabei wurden pro Person (der 33 Beantworter) 1,6 Nachteile genannt. Nicht jeder hat Nachteile genannt, zufällig stimmen die Zahl der Beantworter mit der Häufigkeit n überein. Dieses Ergebnis zeigt, dass insgesamt die positiven Aspekte der LLPKS überwiegen. Als besonders vorteilhaft erschienen den Teilnehmern formale Aspekte wie Übersichtlichkeit, Strukturiertheit therapeutischer Empfehlungen und die inhaltliche Qualität der Leitlinie. Während die Klarheit therapeutischer Empfehlungen hervorgehoben wurde, wurden diagnostische Gesichtspunkte kaum erwähnt. Der am häufigsten genannte Kritikpunkt der Leitlinie stellte die unzureichende Aktualität dar (n=5).

Freitextangaben zu Vorteilen und Nachteilen der Leitlinie Parkinson-Syndrome

Vorteile	Häufigkeit (n)	Nachteile	Häufigkeit (n)
FORMALITÄTEN			
Übersichtlichkeit	n = 16	Unübersichtlichkeit	n = 3
Übersichtlichkeit	n = 8	Unübersichtlich	n = 1
Systematisierung	n = 1	Unübersichtlichkeit erschwert schnelles Nachschlagen im Klinikalltag	n = 1
Schnelles Nachschlagen durch Tabellen möglich	n = 1	Teilweise mühsam zum Nachschlagen	n = 1
Stufenweiser Aufbau der Diagnostik	n = 1		
Relativ kompakte Zusammenfassung	n = 1		
strukturiert	n = 1		
kurz	n = 1		
prägnant	n = 1		
verständlich	n = 1		
Struktur	n = 17	Struktur	n = 1
Klare Struktur	n = 2	Zu wenig strukturiert	n = 1
Klare Vorgaben	n = 2		
Gute Struktur	n = 2		
Klare Therapieempfehlungen	n = 1		
Klare Therapierichtlinien	n = 1		
Klare Behandlungsvorschläge	n = 1		
Klare Formulierung	n = 2		

Klare Indikationsstellung für Therapieregime	n = 1		
Klar definierte Angabe zur Medikamentengabe und Eskalation	n = 1		
Klare Handlungsanleitung für stationäre Einstellung	n = 1		
Gliederung nach Symptomschwerpunkten	n = 1		
Algorithmen	n = 1		
Einordnung	n = 1		
Umfang	n = 4	Umfang	n = 3
Umfangreich	n = 1	Sehr umfangreich	n = 1
Ausführlich	n = 1	Umfangreich, Zeitaufwendig	n = 1
Umfassend	n = 1	Zu wenig ausgearbeitet	n = 1
Vollständig	n = 1		
Qualität	n = 16		
Qualitätssicherung	n = 1		
Qualitätsmanagement	n = 1		
Expertenvermittelt	n = 3		
Evidenzbasiert	n = 2		
Abgestimmtes und evidenzbasiertes Konzept zur Diagnostik und Therapie	n = 1		
Wissenschaftlich gestützter Konsens	n = 1		
Wissenschaftlicher Hintergrund	n = 1		
Signifikante Ergebnisse	n = 1		
Lehrhafte Erkenntnisse	n = 1		
differenziert	n = 1		
Wissenschaftlich fundiert	n = 1		
Zusätzlich einheitliche Expertenmeinung	n = 1		
Nachvollziehbarkeit durch Dritte	n = 1		
Aktualität	n = 4	Aktualität	n = 5
Aktuell	n = 2	Nicht aktuell	n = 2
Up-to-date	n = 1	Aktualität nicht erkennbar	n = 1
Auf dem aktuellen wissenschaftlichen Stand	n = 1	Jährliches Update wäre wünschenswert	n = 1
		Ungenügende Aktualität	n = 1
INHALT			
Rechtsgrundlage	n = 5	Rechtsgrundlage	n = 3
Juristische Absicherung	n = 1	Fragliche juristische Stellung	n = 1
Juristische und forensische Sicherheit	n = 1	Juristische Position	n = 1
Rechtliche Absicherung	n = 1	Juristischer Missbrauch medizinischer Laien	n = 1
Relative Behandlungssicherheit	n = 1		
Argumente gegenüber Kostenträger	n = 1		
Praxisrelevanz	n = 7	Praxisrelevanz	n = 2
Praxisnah	n = 2	Zugänglichkeit für Patienten	n = 1
Praxisrelevante Informationen	n = 1	Kein PDF-Format	n = 1

Klinisch relevant	n = 1		
Orientierungshilfe	n = 1		
Nützlich bei unklaren Fällen	n = 1		
Diskussionsgrundlage	n = 1		
DIAGNOSTIK N = 3			
Gute Diagnostik	n = 1		
Differenzierung des Parkinson-Syndroms: Symptomatisch? Atypisch?	n = 1		
Stufenweiser Aufbau der Diagnostik	n = 1		
THERAPIE			
Einheitlichkeit	n = 3	Einheitlichkeit	n = 3
Einheitliches Behandlungskonzept	n = 1	Fehlende Eindeutigkeit	n = 1
Unterstützt einheitliches deutschlandweites Behandlungsprinzip	n = 1	Unstimmigkeiten	n = 1
Therapieempfehlungen	n = 1	Fehler	n = 1
Individualität	n = 3	Individualität	n = 4
Individuelle Erfahrungen fließen ein	n = 1	Wird einer individuellen Notwendigkeit nicht immer gerecht	n = 1
Unterstützt eigene Erfahrungen	n = 1	Ärztliche Therapiefreiheit und Individualität gehen verloren	n = 1
Korrekturvorschläge	n = 1	Individuelle Probleme	n = 1
		Begründungsaufwand bei Individualisierung	n = 1
Besondere Aspekte	n = 3	Besondere Aspekte	n = 3
Konkrete Behandlungskonzepte bei den häufigen Problemstellungen (z.B. psychotischer IPS-Patient)	n = 1	Unterrepräsentation spezifischer Nebenwirkungen	n = 1
Abstecken der Therapieziele	n = 1	Apparative Diagnostik insbesondere SPECT nicht ausführlich genug	n = 1
Prioritätsetzung bei Medikamentenwahl	n = 1	Keine umfassende/ ausführliche Abhandlung der non-idiopathischen Parkinson-Syndrome	n = 1
Anwendbarkeit	n = 1	Anwendbarkeit	n = 3
Hohe Anwendbarkeit	n = 1	Keine Anwendbarkeit bei komplizierten Patienten	n = 1
		Keine Anwendbarkeit bei multimorbiden Patienten	n = 1
		Keine Anwendbarkeit für Hausärzte	n = 1
		Achtung vor Modernisierungswahn	n = 2
		Achtung vor Unterliegen des Modernisierungswahns	n = 1
		Nicht zu früh neue Erkenntnisse einbauen	n = 1
		Unabhängigkeit/ Objektivität	n = 1

		Verdacht auf Parteilichkeit der Autoren	n = 1
	n _{ges} = 82		n _{ges} = 33

Tab. 3

4.1.3 Angaben zur Einstellung gegenüber Leitlinien im Allgemeinen

Tabelle 4 zeigt alle Items zur Einstellung gegenüber Leitlinien im Allgemeinen (Frage 16) mit Angaben von Häufigkeit und Prozent. In der folgenden Darstellung sind die Kategorien „Stimme ich zu“ und „Stimme ich völlig zu“ als Zustimmung zusammengefasst, sowie „Stimme ich nicht zu“ und „Stimme ich überhaupt nicht zu“ als Ablehnung. Graphik 4a zeigt jeweils den prozentualen Anteil der Ärzte, die den Aussagen zugestimmt haben (Kategorien „Stimme ich zu“ und „Stimme ich völlig zu“).

Die größte Zustimmung fand die Aussage, dass Leitlinien dazu gedacht sind die Behandlungsqualität zu verbessern (n=66). Über 90% stimmten dieser Aussage zu, während etwa 5% die Aussage ablehnten (n=3). Für insgesamt 74,7% verkörperten Leitlinien eine objektive Zusammenfassung des aktuellen Wissensstandes (n=53), 15,5% der Ärzte teilten diese Ansicht nicht (n=11). Deutlich positive Resonanz fand auch das Item, dass Leitlinien einen bequemen Ratgeber darstellen. 75% stimmten dieser Aussage zu (n=51), etwa 10,3% stimmten dagegen (n=7) und 14,7% konnten sich für keine eindeutige Meinungsrichtung entscheiden (n=10). Das Item „Leitlinien sind gute didaktische Mittel“ wurde von 68,6% unterstützt (n=46), wogegen 10,5% diesen Standpunkt nicht vertraten (n=7). Weitere 20,9% enthielten sich der Meinung, indem sie eine 3 als Antwortmöglichkeit wählten (n=14).

38,2% bezeichneten Leitlinien als eine „Art Kochbuchmedizin“ (n=26), während über ein Viertel (35,3%) diese Bezeichnung von Leitlinien nicht übernahm (n=24). Weitere 26,5% enthielten sich (n=18). Die Aussage, dass Leitlinien die Häufigkeit von Regressansprüchen und Disziplinarverfahren erhöhen werden, fand nur eine begrenzte Zustimmung von 33,8% (n=24); 38% stimmten dieser Aussage nicht zu (n=27), 28,2% vertraten keine eindeutige Meinung diesem Thema gegenüber (n=20). 28,1% dachten, dass Leitlinien dazu gedacht sind, die Kosten im Gesundheitswesen zu senken (n=20). 26,8% der Ärzte enthielten sich dieser Frage (n=19) und eine Mehrheit von 45,1% stimmte gegen diese Aussage (n=32). 19,1% der Ärzte empfanden Leitlinien als eine Einschränkung der ärztlichen Therapiefreiheit (n=13), demgegenüber verneinte über die Hälfte der Ärzte (53%) diese Aussage (n=36), 27,9% enthielten sich der Meinung (n=19). „Leitlinien als Einschränkung des eigenen Denkens“; dieser Aussage stimmten nur 16,9% zu (n=12), über 60% äußerten sich dagegen (n=43). Auch das Item, dass Leitlinien von Experten entwickelt werden, die nur wenig vom Praxisalltag verstehen,

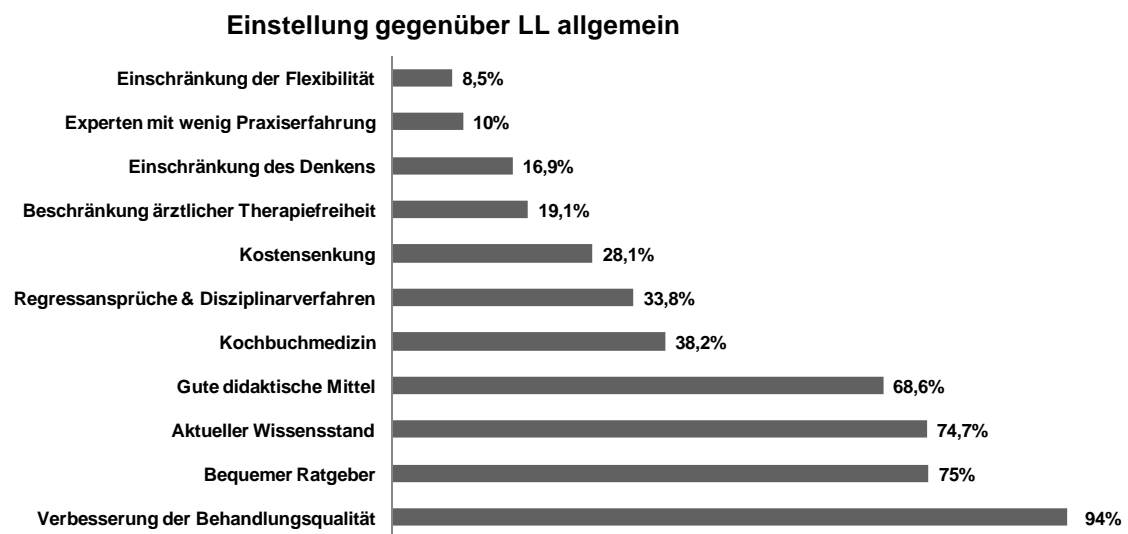
wurde nur in geringem Maß unterstützt (10%, n=7); demgegenüber waren 72,9% offenbar der Meinung, dass Leitlinien von praxiserfahrenen Experten entwickelt werden (n=51), 17,1% hatten dazu keine eindeutige Meinung (n=12). Geringste Zustimmung und damit größte Ablehnung fand die Aussage, dass Leitlinien die benötigte Flexibilität für die individuelle Patientenversorgung zu sehr einschränken. Dieser Aussage stimmten nur 8,5% der Befragten zu (n=6), während über 60% diese Auffassung nicht teilten (n=48). Die „Missingrate“ der Ergebnisse insgesamt hatte eine Bandbreite von minimal 1,4% (n=1) bis maximal 5,7% (n=4).

Angaben zur Einstellung gegenüber Leitlinien im Allgemeinen

Items zur Einstellung gegenüber Leitlinien im Allgemeinen	1	2	3	4	5
	„Stimme überhaupt nicht zu“	„Stimme nicht zu“	„Weiß nicht“	„Stimme ich zu“	„Stimme ich völlig zu“
	Häufigkeit (n) / Prozent (%)				
Leitlinien stellen eine Art „Kochbuchmedizin“ dar	7 (10,3)	17 (25,0)	18 (26,5)	20 (29,4)	6 (8,8)
Leitlinien sind dazu gedacht, die Behandlungsqualität zu verbessern	2 (2,9)	1 (1,4)	1 (1,4)	25 (35,7)	41 (58,6)
Leitlinien schränken die benötigte Flexibilität für die individuelle Patientenversorgung zu sehr ein	19 (26,8)	29 (40,8)	17 (23,9)	6 (8,5)	-
Leitlinien sind dazu gedacht, die Kosten im Gesundheitswesen zu senken	13 (18,3)	19 (26,8)	19 (26,8)	17 (23,9)	3 (4,2)
Leitlinien beschränken die ärztliche Therapiefreiheit	14 (20,6)	22 (32,4)	19 (27,9)	12 (17,6)	1 (1,5)
Leitlinien sind eine objektive Zusammenfassung des aktuellen Wissenstandes	1 (1,4)	10 (14,1)	7 (9,9)	32 (45,1)	21 (29,6)
Leitlinien schränken das eigene Denken zu stark ein	21 (29,6)	22 (31,0)	16 (22,5)	11 (15,5)	1 (1,4)
Leitlinien stellen einen bequemen Ratgeber dar	1 (1,5)	6 (8,8)	10 (14,7)	36 (52,9)	15 (22,1)
Leitlinien werden die Häufigkeit von Regressansprüchen oder Disziplinarverfahren erhöhen	10 (14,1)	17 (23,9)	20 (28,2)	19 (26,8)	5 (7,0)

Leitlinien sind gute didaktische Mittel	2 (3,0)	5 (7,5)	14 (20,9)	35 (52,2)	11 (16,4)
Leitlinien werden meist von Experten entwickelt, die nur wenig vom Praxisalltag verstehen	20 (28,6)	31 (44,3)	12 (17,1)	5 (7,1)	2 (2,9)

Tab. 4



Graphik 4a

Die Wichtigkeit von Leitlinien für das Treffen medizinischer Entscheidungen im Vergleich zu anderen Informationsquellen (Frage 17) spiegelt Tabelle 5 wieder. Die Erstnennungen sind hierarchisch geordnet. Aufgrund der schwierigen Fragestellung, die Items in eine Reihenfolge zu bringen, ergab sich eine höhere Prozentzahl (7,0%, n=5) an fehlenden Angaben. Leitlinien stehen an dritter Stelle der Erstnennungen, offensichtlich dominieren Diskussion und Austausch mit Kollegen sowie Fachzeitschriften und Fachbücher die Entscheidungsfindung im Praxisalltag.

Wichtigkeit von Leitlinien für das Treffen medizinischer Entscheidungen im Vergleich zu anderen Informationsquellen

Hierarchische Ordnung der Erstnennungen

Item	Häufigkeit (n)	Gültige Prozente (%)
Diskussion/ Austausch mit Kollegen	22	33,3
Fachzeitschriften/ Fachbücher	18	27,3
Leitlinien	13	19,7
Kongresse/ Tagungen/ Fortbildungen	12	18,2
Internet	1	1,5

Tab. 5

Bei den beiden weiteren Items „Qualitätszirkel“ (an 6. Stelle) und „Informationen der pharmazeutischen Industrie“ (an 7. Stelle) gab es keine Erstnennungen.

4.1.4 Mögliche Faktoren, die die Anwendung von Leitlinien erschweren können

Tabelle 6 zeigt auf, inwiefern bestimmte Faktoren sogenannte „Anwendungsbarrieren“ von Leitlinien für die befragten Ärzte darstellen (Frage 18). Graphik 6a stellt den prozentualen Anteil der Ärzte, die den Aussagen zugestimmt haben (Kategorien „Stimme ich zu“ und „Stimme ich völlig zu“) dar. Es zeigt sich, dass die Items „Mangelnde Aktualität der Leitlinien“ (39,5%), „unklare juristische Position von Leitlinien“ (38,1%) und der „mangelnde Bekanntheitsgrad“ (36,7%) von den Ärzten als großes Problem empfunden wurden und dem zufolge die größten Barrieren in der Leitlinienanwendung darstellen. Auch „Zeitmangel“ (36,6%), „Nutzerunfreundliche Formate“ (31%) und „andersartige Vorstellung von Patienten“ (31%) scheinen demzufolge eine wichtige Rolle als Hinderungsfaktoren in der Anwendung von Leitlinien zu spielen. Von mittlerer Bedeutung waren „Kosten für die Beschaffung von Leitlinien“ (26,8%), „mangelnde Vertrautheit mit den Leitlinieninhalten“ (25,3%), „widersprüchliche Leitlinien“ (25,7%), „mangelndes Vertrauen in die Glaubwürdigkeit und Unabhängigkeit der Autoren“ (21,4%), „Schwieriges Auffinden guter Leitlinien“

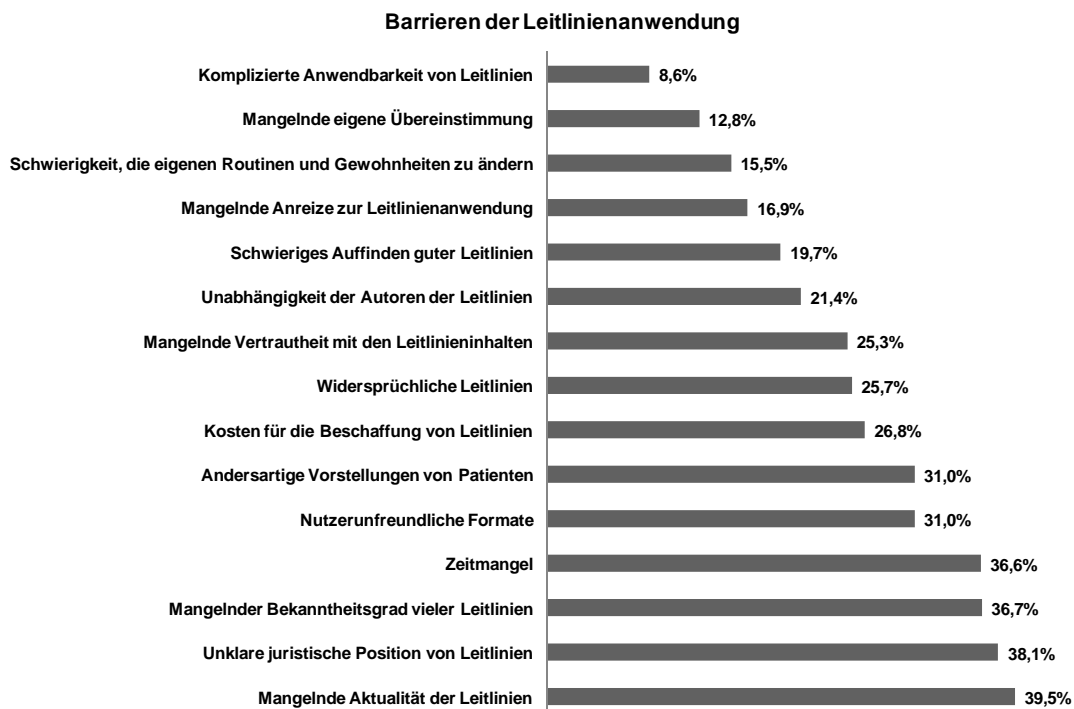
(19,7%) und „mangelnde Anreize zur Leitlinienanwendung“ (16,9%). Die geringste Rolle spielten „komplizierte Anwendbarkeit“ (8,6%), „mangelnde eigene Übereinstimmung mit den inhaltlichen Empfehlungen der Leitlinie“ (12,8%) und „Schwierigkeit, die eigenen Routinen und Gewohnheiten zu ändern“ (15,5%).

Barrieren der Leitlinienanwendung

Faktoren, die die Anwendung von Leitlinien erschweren können	1 „Empfinde ich überhaupt nicht als Problem“	2 „Empfinde ich nicht als Problem“	3 „Weiß nicht“	4 „Empfinde ich als Problem“	5 „Empfinde ich als sehr großes Problem“
Häufigkeit (n) / Prozent (%)					
Mangelnde eigene Übereinstimmung mit den inhaltlichen Empfehlungen der Leitlinie	14 (20,0)	29 (41,4)	18 (25,7)	8 (11,4)	1 (1,4)
Mangelnde Aktualität der Leitlinien	10 (14,1)	18 (25,4)	15 (21,1)	19 (26,8)	9 (12,7)
Mangelndes Vertrauen in die Glaubwürdigkeit und Unabhängigkeit der Autoren der Leitlinien	15 (21,4)	20 (28,6)	20 (28,6)	12 (17,1)	3 (4,3)
Nutzerunfreundliche Formate	16 (22,5)	16 (22,5)	17 (23,9)	18 (25,4)	4 (5,6)
Kosten für die Beschaffung von Leitlinien	22 (31,0)	18 (25,4)	12 (16,9)	12 (16,9)	7 (9,9)
Unklare juristische Position von Leitlinien	8 (11,3)	16 (23,9)	19 (26,8)	21 (29,6)	6 (8,5)
Mangelnder Bekanntheitsgrad vieler Leitlinien	9 (12,7)	20 (28,2)	16 (22,5)	18 (25,4)	8 (11,3)
Komplizierte Anwendbarkeit von Leitlinien	14 (20,0)	29 (41,4)	21 (30,0)	4 (5,7)	2 (2,9)
Widersprüchliche Leitlinien	9 (12,9)	24 (34,3)	19 (27,1)	11 (15,7)	7 (10,0)
Schwierigkeit, die eigenen Routinen und Gewohnheiten zu ändern	16 (22,5)	33 (46,5)	11 (15,5)	11 (15,5)	-
Andersartige Vorstellung von Patienten	6 (8,5)	18 (25,4)	25 (35,2)	19 (26,8)	3 (4,2)

Schwieriges Auffinden guter Leitlinien	16 (22,5)	20 (28,2)	21 (29,6)	10 (14,1)	4 (5,6)
Mangelnde Anreize zur Leitlinienanwendung	10 (14,1)	26 (36,6)	23 (32,4)	10 (14,1)	2 (2,8)
Zeitmangel	11 (15,5)	17 (23,9)	17 (23,9)	15 (21,1)	11 (15,5)
Mangelnde Vertrautheit mit den Leitlinieninhalten	12 (16,9)	19 (26,8)	22 (31,0)	15 (21,1)	3 (4,2)

Tab. 6



Graphik 6a

4.2 Ergebnisse des qualitativen Studienteils

4.2.1 Soziodemographischen Daten

Insgesamt wurden acht Neurologen interviewt (Tabelle 7), die zur einen Hälfte im stationären Klinikbereich tätig waren und zur anderen Hälfte als niedergelassene Neurologen arbeiteten. Die Geschlechterverteilung sieht wie folgt aus: Unter den acht Interviewteilnehmern waren drei Frauen (37,5%), davon gehörte eine Ärztin (25%) zu den stationär Tätigen, während zwei (50%) als niedergelassene Neurologinnen arbeiteten. Von den fünf männlichen Interviewteilnehmern (62,5%) übten drei (75%) ihre ärztliche Tätigkeit im stationären Bereich aus, während die übrigen beiden Teilnehmer zu den niedergelassenen Neurologen gehörten. 50% der interviewten Ärzte

hatten den Facharzt, was genau der Zahl der niedergelassenen Neurologen entspricht. Dies ist dadurch zu erklären, dass die stationär arbeitenden Neurologen mit einem Durchschnittsalter von 31,8 Jahren, (SD=6,5) weitaus jünger waren, als ihre im ambulanten Sektor tätigen Kollegen mit einem Durchschnittsalter von 58 Jahren (SD=15). Das Durchschnittsalter aller Interviewteilnehmer beträgt 45 Jahre (SD=38,5), wobei die durchschnittliche Dauer der ärztlichen Tätigkeit bei 12,3 Jahren (SD=32,6) lag. Die Dauer der ärztlichen Tätigkeit der stationären Kollegen betrug 1,4 Jahre (SD=0,8), während die Niedergelassenen mit 20,5 Jahren (SD=18,5) eine wesentlich höhere Anzahl an Tätigkeitsjahren aufwiesen. Von allen acht Interviewteilnehmern betrug die durchschnittliche Anzahl der Facharztjahre 11,8 (SD=36,6), wobei diese Zahl von den niedergelassenen Kollegen herrührte, die alle ihre Facharztausbildung schon seit durchschnittlich 23,5 Jahren (SD=16,5) beendet hatten. Alle Interviewteilnehmer stammten aus dem Bundesland Hessen (100%), wobei 87,5% der Ärzte in einer Gemeinde arbeiteten, deren Einwohnerzahl zwischen 10.000-100.000 liegt. Nur einer der ambulant tätigen Interviewteilnehmer gab eine Einwohnerzahl von unter 10.000 an (1,25%). Die Frage nach der Anzahl der Kassenscheine pro Quartal richtete sich ausschließlich an die Niedergelassenen, von denen 50% eine Zahl von über 1000 Kassenscheinen pro Quartal angab, während jeweils 25% eine Zahl von 500-1000 bzw. über 500 angaben. 50% der befragten Ärzte erwähnten, Mitglied in einem Qualitätszirkel zu sein, wobei diese Mitgliedschaft zu einem Viertel aus stationär und zu drei Vierteln aus niedergelassenen Kollegen bestand. Die Teilnahme an diesem Qualitätszirkel wurde als regelmäßig beschrieben. Auf die Frage nach Erfahrung mit Parkinson-Patienten antworteten alle Neurologen mit Ja (100%), wobei 50% der gesamten Interviewteilnehmer über 40 Parkinson-Patienten im Quartal behandelten, davon beziehen sich 25% auf den stationären Bereich, 75% auf den ambulanten Bereich. 12,5% der Neurologen gaben an, 20-40 Parkinson-Patienten im Quartal zu behandeln (bezieht sich auf den stationären Bereich) und 37,5% behandelten weniger als 20 Parkinson-Patienten im Quartal (davon sind 50% der Stationären und 25% der Niedergelassenen betroffen).

Soziodemographische Daten

	Häufigkeit (n)/ Prozent (%)		
	Gesamt	Stationär	Niedergelassen
Geschlecht			
Männlich	5 (62,5)	3 (75)	2 (50)
Weiblich	3 (37,5)	1 (25)	2 (50)
Facharzt			
Ja	4 (50)		4(100)
Nein	4 (50)	4 (100)	
Mittelwert (M) : Standardabweichung (SD)			
Alter (Jahre)			
	45 (38,5)	31,8 (6,5)	58 (15)
Dauer der ärztlichen Tätigkeit (Jahre)			
	12,3 (32,6)	1,4 (0,8)	20,5 (18,5)
Facharztjahre			
	11,8 (36,6)	-	23,5 (16,5)
Häufigkeit (n)/ Prozent (%)			
Einwohnerzahl			
<10.000	1 (12,5)	-	1 (25)
10.000-100.000	7 (87,5)	4 (100)	3 (75)
>100.000	-	-	-
Kassenscheine pro Quartal			
>500	1 (25)	-	1 (25)
500-1000	1 (25)	-	1 (25)
>1000	2 (50)	-	2 (50)
Mitglied im Qualitätszirkel			
Ja	4 (50)	1(25)	3 (75)
Nein	4 (50)	3(75)	1 (25)
Teilnahmehäufigkeit am QZ			
Vereinzelt	-	-	-
Regelmäßig	4 (50)	1 (25)	3 (75)
Erfahrung mit Parkinson-Patienten			
Ja	8 (100)	4 (100)	4 (100)
Nein	-	-	-

Parkinson-Patienten im Quartal			
Keine	-	-	-
<20	3 (37,5)	2 (50)	1 (25)
20-40	1 (12,5)	1 (25)	-
>40	4 (50)	1 (25)	3 (75)

Tab. 7

4.2.2 Ergebnisse der Leitlinien-orientierten Fragen (siehe Anhang S. 97-112)

4.2.2.1 Angaben zur Leitlinie Parkinson-Syndrome

Fast alle Interviewteilnehmer wandten Leitlinien allgemein an, nur Person N8 gehörte nicht zu den Leitlinien-Anwendern und hatte bisher auch noch nie Leitlinien angewendet (Frage 10). Begründet wurde die Leitlinienanwendung mit Schlagworten wie Goldstandard, Orientierung für Diagnostik und Therapie sowie Aktualität. Als Argumente gegen eine Leitlinienanwendung wurden fehlende Angaben zu Kosten und Lebensqualität genannt, das Zu-kurz-kommen von Nebenwirkungen und Dosierungen sowie die unterschiedliche Medikamentenverträglichkeit und Ausprägung des Krankheitsbildes bei Parkinson.

Die acht Fragen 11, 12, 13, 14, 15, 18, 19 und 30 bezogen sich direkt auf die LLPKS. Außer Person N8 kannten alle befragten Neurologen die LLPKS, Kenntnis bestand seit 2-4 Jahren durch die Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) und durch die Verfasser der Leitlinie. Begleitend zur Kenntnis wandten sieben der acht Ärzte diese Leitlinie auch an. Person N8 kannte die LLPKS nicht und wandte sie daher auch nicht an.

Auch bei Frage 12 nach der Nützlichkeit der LLPKS bestand nahezu vollständiger Konsens: sieben der acht Neurologen bewerteten die Leitlinie als nützlich bzw. sehr nützlich, nur Person N8 bezeichnete die Leitlinie als „nicht nützlich“. Drei Ärzte nannten besondere Fragestellungen, bei denen die Leitlinie als besonders hilfreich empfunden wird: zwei stationär tätige Neurologen erwähnten zum Einen die Einordnung des Parkinson-Syndroms in typisch-atypisch und zweitens den schnellen Überblick für Behandlungsvorschriften, den die LLPKS gewährleistet. Einer der Niedergelassenen nannte die Nützlichkeit der Leitlinie bei der Therapie von Halluzinationen, die durch Parkinson-Medikamente auftraten (die Leitlinie beantwortete die Frage, was zuerst abgesetzt werden sollte).

Frage 13 behandelte die Auswirkungen der Leitlinie auf die Behandlungsqualität der Ärzte, doch bis auf einen der niedergelassenen Kollegen lagen keinem der Ärzte

Informationen darüber vor. Einer der Niedergelassenen gab eine bedingte Rückmeldung von Patientenseite an, die als positiv zu vermerken sei.

Frage 14 und 15 zielten auf positive und negative Aspekte der LLPKS, wobei auffällt, dass die Anzahl der positiven Aspekte gegenüber den negativen weit überwog. Außer von Person N8 wurden von jedem Neurologen mehrere Vorteile der Leitlinie genannt, die sich insgesamt in drei große Kategorien einordnen lassen: Die Leitlinie ist klar strukturiert und übersichtlich, sie beinhaltet wichtige Therapieempfehlungen und beantwortet somit häufige Fragen besonders der Medikation (altersentsprechende Medikation, Dosierungen, Variationen, Neueinstellungen und Komplikationen). Weitere Vorteile, die genannt wurden, sind eigene Absicherung, differentialdiagnostisches Vorgehen und die Anwendung von UPDRS-Skalen. Wie zu erwarten, nannte Person N8 keine Vorteile der Leitlinie, sondern übte Kritik an Leitlinien allgemein, womit sie die einzige der niedergelassenen Personen war. Alle stationär tätigen Interviewteilnehmer nannten Kritikpunkte, die allerdings im Vergleich zu den positiven Aspekten geringer ausfielen. Die wichtigsten Kritikpunkte waren: Fehlende Aktualität, starres Konzept, Uneindeutigkeit, zu viele Informationen, das Verleiten der Leitlinie dazu, die Patienten „durchzuschleusen“ und individuelle Beschwerden des Patienten zu vernachlässigen, Einschränkung der ärztlichen Freiheit, fehlende Ratschläge zu nicht-motorischen Störungen.

Fünf der Interviewteilnehmer vermissten Aspekte, die in der LLPKS ergänzt werden sollten (Frage 18). Dazu gehörten Angaben zu Kosten (für niedergelassene Kollegen), Nutzen, Nebenwirkungen und Lebensqualität.

Nr.19 erfragte, in wie fern Unterschiede in der Durchführung/ Verwirklichung der LLPKS im stationären und ambulanten Bereich existieren. Nahezu alle Interviewteilnehmer waren der Meinung, dass die Durchführung/ Verwirklichung der LLPKS stationär leichter durchführbar ist als im ambulanten Sektor. N7 konnte sich keinen Unterschied vorstellen und N8 nahm zu dieser Frage nicht Stellung. Die wesentlichen Argumente, die für die leichtere Durchführbarkeit der Leitlinie im stationären Bereich genannt wurden, waren erstens der geringere Zeit- und Kostendruck und zweitens spezielle Diagnostik- und Therapieverfahren, die überwiegend im stationären Bereich zur Verfügung stehen. Die Compliance (Frage 30) der nach der LLPKS behandelten Patienten war nach Meinung von sechs Neurologen sehr gut, da einerseits die leitlinienkonforme Behandlung dem Goldstandard entspricht und durch schnelle „wohltuende“ Therapie der Patient sich besser fühlt. Andererseits spielt auch der gute Ruf des Chefarztes der betreuenden neurologischen Klinik eine große Rolle. Möglicherweise wird Ärzten, die in einer für die Parkinson-Therapie bekannten Klinik tätig sind, ein höheres Maß an medizinischer Kompetenz zugetraut

als anderen Klinikern. Daraus mag eine bessere Compliance und Mitarbeit an der Therapie resultieren. Diese Wahrnehmungsverzerrung beschreibt der „Halo-Effekt“ von Thorndike^{119,124}. Person S3 hatte keine Kenntnis über die Patienten-Compliance bei Anwendung der LLPKS, N8 beschrieb die Compliance gegenüber der Leitlinie vor Behandlungsbeginn als sehr gut, was sich jedoch nach ausbleibendem Therapieerfolg ins Gegenteil verkehrte.

4.2.2.2 Angaben zu Leitlinien im Allgemeinen

Die stationär arbeitenden Neurologen erachteten klinische Eigenerfahrungen wichtiger als Leitlinien, Leitlinien folgten an zweiter Stelle (Frage 16). Die niedergelassenen Neurologen waren sich in dieser Frage nicht ganz einig, für die eine Hälfte waren klinische Eigenerfahrungen von größerer Relevanz als Leitlinien, die andere Hälfte erachtete Leitlinien als genauso wichtig wie klinische Eigenerfahrungen. Insgesamt waren klinische Eigenerfahrungen für die Interviewteilnehmer bedeutsamer als Leitlinien allgemein.

Frage 17 erkundigte sich nach einer Situation, in der schon einmal bewusst gegen eine leitlinienempfohlene Maßnahme entschieden wurde. Drei der acht Ärzte konnten einen konkreten Fall nennen und Person N8 gab an, immer nach eigener Erfahrung zu handeln und nie gemäß einer Leitlinie. Die genannten Situationen waren die Entscheidung einer dreifach-Antibiose bei einem Meningitis-Fall, die Entscheidung gegen eine leitlinienempfohlene Marcumarisierung eines Apoplex-Patienten aufgrund dessen schlechten Allgemeinzustandes und eine nicht leitlinienkonforme Maßnahme bei essentiellm Tremor. Die restlichen Äußerungen machten deutlich, dass eine Leitlinienabweichung nur dann erfolgen sollte, wenn der Patient Erkrankungen/Probleme hat, die in der Leitlinie nicht berücksichtigt werden.

Alle Teilnehmer außer N8 bezeichneten Leitlinien als praxisrelevant, benutzerfreundlich (besonders bei den Krankheitsbildern Parkinson, Epilepsie und Demenz) und unkompliziert anzuwenden (Fragen 20, 21). Der Bekanntheitsgrad von Leitlinien allgemein wurde an Universitäten als höher eingeschätzt als im hausärztlichen Bereich, was seine Begründung in der Nähe zur „evidence based medicine“ (Studiendurchführung) an den Universitäten findet. Es bestand Konsens darüber, dass Leitlinien eine nützliche Hilfe darstellen und der Orientierung dienen (Frage 22). Nur N8 stimmte dieser Meinung nicht zu, sie beantwortete die Frage mit einem Nein.

Frage 23 erkundigte sich, ob Leitlinien gute didaktische Mittel darstellen, was von insgesamt vier der befragten Ärzte mit Ja und von drei mit Nein beantwortet wurde. Person S3 konnte sich nicht entscheiden, ob Leitlinien gute didaktische Mittel

darstellen, sie bezeichnete Leitlinien als geeignet für den „groben Überblick.“ Desweiteren waren unter den befragten Ärzten keine widersprüchlichen Leitlinien bekannt, ihrer Meinung nach seien gute Leitlinien leicht zu finden besonders im Fach Neurologie (Frage 24). Da N8 kaum Leitlinien kannte, war keine Stellungnahme zu dieser Frage möglich.

Frage 25 beleuchtete die Entwicklung von Leitlinien; die Teilnehmer nahmen Stellung dazu, ob Leitlinien von Experten entwickelt werden, die nur wenig vom Praxisalltag verstehen. Es bestand Einigkeit darüber, dass Leitlinien von praxiserfahrenen Experten entwickelt werden, nur N8 bestätigte die Praxisunerfahrenheit der Leitlinienentwickler.

Die nächste Frage (26) untersuchte, ob genug Anreize zu einer Leitlinienanwendung bestehen und welche Anreize dies sind. Alle Neurologen waren der Ansicht, dass genug Anreize bestehen; es wurden mehrere Anreize genannt. Besonders wichtig erschien die juristische Absicherung, sowie eine Behandlungsrechtfertigung gegenüber den Krankenkassen. Außerdem stand eine qualitativ hochwertige Behandlung des Patienten im Vordergrund sowie eine mögliche Kosteneinsparung durch Leitlinien-gesteuerte effektivere Diagnostik und Therapie. N8 bewertete die Kosteneinsparung durch Leitlinien als negativ. Ihrer Meinung nach erfolgt dieser Effekt auf Kosten der Patienten und trägt auf diese Art nicht zur Verbesserung des Gesundheitszustandes bei.

Die Frage nach einer ausreichenden Vertrautheit mit Leitlinieninhalten wurde mehrheitlich mit Ja bzw. Ausreichend beantwortet (Frage 27). Person S4 bemerkte allerdings Unterschiede in ihrem Kollegenumfeld, da nicht alle Zeit haben sich mit Leitlinieninhalten auseinander zu setzen. N8 enthielt sich dieser Frage.

Frage 28 interessierte sich für die Anzahl an Patienten, die Leitlinien kennen. Dies schienen nach Einschätzung der Ärzte recht wenige zu sein, die Schätzungen reichten von unter 5% bis unter 25%. Insgesamt würden sehr wenige Patienten ärztliche Leitlinien kennen, aber die Tendenz sei steigend, da das Internet als Informationsquelle zunehmend an Bedeutung gewinnt. N8 äußerte sich auch zu dieser Frage nicht.

Die Hälfte der befragten Neurologen berichteten über eine offene, vertrauensvolle und positive Einstellung ihrer Patienten gegenüber Leitlinien, der anderen Hälfte war nichts über die Einstellung ihrer Patienten gegenüber Leitlinien bekannt (Frage 29). Von Patientenseite her existieren oft andere Therapievorstellungen als in Leitlinien vorgegeben sind (Frage 31), sechs der Interviewteilnehmer berichteten von naturheilkundlichen oder auch homöopathischen Therapieformen, neuen Medikamenten oder auch einer Art „Bauchgefühl“, das nicht informationsgestützt und daher auch nicht wissenschaftlich fundiert ist.

Frage 32 erkundigte sich nach dem Einfluss des Patienten auf eine leitlinientreue Behandlung. Bis auf N7 bestand Konsens darüber, dass der Wunsch des Patienten oberste Priorität besitzt und ihm die endgültige Entscheidung überlassen wird, eine leitlinienkonforme Therapie zu befolgen. Dabei erschien es den Kollegen wichtig, einen Kompromiss mit dem Patient zu finden, die Therapieentscheidung muss für den Arzt vertretbar bleiben. Nach Auffassung von N7 habe der Patient keinen Einfluss auf die leitlinienkonforme Therapie; wenn ein Patient andere Therapievorschläge/ -wünsche/ -bedürfnisse habe, müsse dieser sich an einen anderen Facharzt wenden, da er selbst nur nach Leitlinie behandle.

Vollständige Einigkeit bestand in der Feststellung, dass ein vertrautes Arzt-Patient-Verhältnis die Durchführung einer Leitlinien-empfohlenen Therapie erleichtert und die Basis für jegliche Art an Behandlung darstellt (Frage 33).

Bei der Frage (34) nach speziellen Leitlinien für Patienten und die Öffentlichkeit stellte sich heraus, dass die Mehrheit der Befragten eine spezielle Leitlinienversion in Form von Broschüre bzw. Checkliste befürworten, allerdings standen zwei der Interviewteilnehmer dieser Auffassung skeptisch gegenüber - ihrer Meinung nach seien Leitlinien ausschließlich für Ärzte geeignet, da Patienten sonst den ärztlichen Wissensstand prüfen können oder auch nur verwirrt werden durch eine Leitlinie.

Bis auf N8 waren alle Neurologen Leitlinien-Anwender (Frage 35), keiner der sieben Anwender fühlte sich durch Leitlinien eingeschränkt (Frage 36), weder in Handlungs-/ Therapie-/ Entscheidungsfreiheit, noch im eigenen Denken oder in der Flexibilität für die individuelle Patientenversorgung. Nur N8 empfand Leitlinien als Einschränkung der ärztlichen Therapiefreiheit, des eigenen Denkens, der Flexibilität und in der individuellen Patientenversorgung.

Für die Mehrheit (fünf) der interviewten Neurologen stellten Leitlinien keine „Kochbuchmedizin“ dar, sie wurden eher als Ratschlag bezeichnet (Frage 37).

Frage 38 erkundigte sich, ob Leitlinien zum stereotypen Behandeln bzw. zur Faulheit, sich selbst zu informieren, verleiten. ber diese Frage wurde keine vollständige Einigkeit erlangt. Fünf der Interviewteilnehmer beantworteten diese Frage mit Ja - sie sahen in einer Leitlinienanwendung eine gewisse Gefahr des stereotypen Behandelns und der Faulheit, sich selbst zu informieren, was allerdings auch von der Aktualität der Leitlinie abhänge. Andererseits sahen die anderen drei Ärzte keine Gefahr, da ihrer Meinung nach eine stndige Aktualisierung der Leitlinien erfolge und man sich als Arzt sowieso ständig selbst über neue Standards informieren müsse. Einer der Niedergelassenen bezeichnete stereotypes Behandeln als normal in dem er es mit klinischer Routine gleichsetzte.

Keiner der Leitlinienanwender fühlte sich durch Leitlinien unter Druck gesetzt, nur N8 empfand Leitlinien als Druckmittel, nach dem vorgegebenen Schema zu behandeln (Frage 39). Somit empfanden auch alle Leitlinienanwender Leitlinien als Entlastung/Halt in der Behandlungs- und Therapieführung (Frage 40).

Fünf der Neurologen waren der Meinung, dass Leitlinien der Kostensenkung im Gesundheitswesen dienen, mit den Argumenten, dass die Diagnostik auf ein Minimum eingeschränkt werde und daher keine unnötige Diagnostik erfolge (Frage 41). N8 begründete die Kostensenkung durch Leitlinien damit, dass die Medizin ein Geschäft sei, in dem alles preiswerter auf Kosten des individuell Erkrankten gemacht werde. Dem gegenüber standen zwei Neurologen, die Leitlinien nicht eine Kostensenkung zuschreiben - ihrer Auffassung nach steigerten Leitlinien eher die Kosten im Gesundheitswesen, da aufgrund neuer Studienergebnisse meist nur patentgeschützte Medikamente zur Verfügung stehen und daher recht teuer seien und die beste Therapie nicht die Billigste sei. Person S3 meinte, dass Leitlinien keinerlei Einfluss auf die Kosten im Gesundheitswesen haben.

Alle Leitlinienanwender (n=7) waren der Meinung, dass Leitlinien der Vermeidung veralteter medizinischer Maßnahmen dienen (Frage 42), nur N8 nannte Tagungen und Zeitschriften anstatt Leitlinien, die alte medizinische Maßnahmen vermeiden.

Sieben Neurologen zeigten sich offen gegenüber neuen Leitlinien, wobei sich drei Kollegen neue Leitlinien wünschten zu den Erkrankungen Status migränosus und Polyneuropathie sowie für das Fachgebiet der Psychiatrie (besonders die Anwendung atypischer Neuroleptika im Zusammenhang mit Psychosen) (Frage 43).

Die letzte Frage (44) griff nochmal die Eignung von Leitlinien zur Information der Öffentlichkeit auf. Mehrheitlich bezeichneten die Neurologen Leitlinien als ungeeignet für die Öffentlichkeit, Leitlinien seien nur für Ärzte gedacht. Eher geeignet für die Öffentlichkeit seien Hausarztinformationen, Selbsthilfegruppen, Informationsveranstaltungen der Krankenkassen, Propaganda untereinander sowie Broschüren. Nur N6 empfand Leitlinien als geeignet zur Information der Öffentlichkeit.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass im qualitativen Studienteil keine Unterschiede in der Leitlinienkonformität zwischen stationär und ambulant tätigen Neurologen existieren. Bis auf Person N8, die als repräsentativ für eine negative Einstellung gegenüber Leitlinien gilt, scheint die LLPKS und Leitlinien allgemein auf hohe Akzeptanz und Kenntnis sowohl im stationären als auch im ambulanten Sektor zu stoßen.

5. Diskussion

Die durchgeführte Studie evaluierte erstmalig die LLPKS im stationären Setting und untersuchte mögliche Unterschiede zum ambulanten Setting. Schwerpunkte der Evaluation waren die Implementierungsprozesse und -hindernisse sowie Akzeptanz und Nützlichkeit der LLPKS. Die Studie bestand aus einem quantitativen und einem qualitativen Ansatz. Im Rahmen des quantitativen Ansatzes wurden 71 stationär tätige Neurologen befragt. 84,5% kannten die LLPKS. Von den Leitlinien-Kennern wandten 93,4% die LLPKS an und 92,9% bezeichneten sie als nützlich. Daraus kann man schließen, dass die LLPKS im stationären Alltag allgemein gut akzeptiert wird. Die offenen Fragen nach Vor- bzw. Nachteilen der LLPKS zeigten eine deutlich positive Resonanz: es wurden mehr Vorteile (n=82) als Nachteile (n=33) genannt. Als vorteilhaft wurden Übersichtlichkeit, Struktur und Qualität der Leitlinie sowie die Hilfestellung der Leitlinien in der Therapie erwähnt. Der am häufigsten aufgeführte Kritikpunkt stellt die unzureichende Aktualität der Leitlinie dar. Ähnliches wurde in der Bewertung des Leitlinien-Clearingberichts „Schlaganfall“ des AEZQ festgestellt⁵. Insgesamt 94% sprachen sich für eine verbesserte Behandlungsqualität durch Leitlinien allgemein aus. Ergänzend wurde nach möglichen Barrieren gefragt, die eine Leitlinienanwendung verhindern könnten. Den Ergebnissen zufolge, stellen besonders die „mangelnde Aktualität“ (39,5%), die „unklare juristische Position“ (38,1%) und der „mangelnde Bekanntheitsgrad“ (36,7%) die wesentlichen Barrieren einer Leitlinienanwendung dar. Kontrastiert man die erzielten Ergebnisse mit der Studie von Kunz et al.⁹², die für die Befragung der Akzeptanz von Leitlinien allgemein bei Berliner Hausärzten (n=825) den Fragebogen (Leitlinien in der Medizin - Ansichten Berliner Hausärzte=LIMAH) entwickelt und eingesetzt hat, so fällt auf, dass in beiden Studien das Item „Verbesserung der Behandlungsqualität durch Leitlinien“ die größte Zustimmung findet. Allerdings scheinen die an der vorliegenden Studie teilgenommenen Neurologen häufiger davon überzeugt zu sein, dass Leitlinien die Behandlungsqualität verbessern (94%) als die Berliner Hausärzte (59,9%). Auch in einem weiteren Aspekt ähneln die Ergebnisse von Kunz et al. den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit: Über die Hälfte der Berliner Hausärzte sowie der in dieser Studie befragten Ärzte bezeichneten Leitlinien als objektive Zusammenfassung des aktuellen Wissensstandes. Unterschiedliche Ergebnisse beider Studien bestehen bei folgenden Items: Kunz et al. berichtet von über 50% der Hausärzte, die Leitlinien als Kochbuchmedizin bezeichneten. Die Zustimmungsrate ist damit wesentlich höher als die der befragten Rhönkliniker (38,2%). Zudem dachten wesentlich mehr der Berliner

Hausärzte, dass Leitlinien der Kostensenkung dienen (50% vs. 28,1%). Das Item „Leitlinien als gute didaktische Mittel“ wurde von den Berliner Hausärzten weitaus weniger unterstützt als von den Teilnehmern der vorliegenden Arbeit (42% vs. 68,6%). Der „mangelnde Bekanntheitsgrad vieler Leitlinien“ stellt für beide Stichproben eine recht große Barriere in der Leitlinienanwendung dar (Berliner Hausärzten 62% vs. Neurologen 36,7%). Während „widersprüchliche Leitlinien“ (52%) und „schwieriges Auffinden guter Leitlinien“ (54%) große Probleme bei den Berliner Hausärzten darstellen, spielen sie aus der Sicht der stationär tätigen Neurologen eine untergeordnete Rolle (25,7% vs. 19,7%). Es scheint, als ob die Hausärzte aufgrund ihrer Einzelpraxisstruktur mehr Schwierigkeiten im Zugang zu Leitlinien haben als die stationär tätigen Neurologen. Hasenbein et al.⁵⁷ diskutiert den Aspekt der Arbeitsweise ebenfalls und ist der Meinung, dass sich eine stationäre Arbeitsweise sowie eine teamorientierte Persönlichkeit förderlich auf die Leitlinienkonformität auswirken.

In beiden Studien spielt das Item „Schwierigkeit, die eigenen Routinen und Gewohnheiten zu ändern“ eine untergeordnete Rolle. Während für die befragten Neurologen die „Kosten für die Beschaffung von Leitlinien“ (26,8%) von mittlerer Bedeutung waren, stellen sie für die Berliner Hausärzte eine eher geringe Barriere in der Leitlinienanwendung dar (35%). Bezüglich der Wichtigkeit von Leitlinien für das Treffen medizinischer Entscheidungen stehen Leitlinien an dritter Stelle. Offensichtlich dominieren Diskussion und Austausch mit Kollegen (1.Stelle) sowie Fachzeitschriften und Fachbücher (2.Stelle) die Entscheidungsfindung im Praxisalltag. Im Vergleich zu den Ergebnissen von Kunz et al.⁹² haben Leitlinien bei den befragten Neurologen einen höheren Stellenwert für die Entscheidungsfindung als bei den von Kunz befragten Berliner Hausärzten. Nahezu alle Alternativen, die zur ärztlichen Entscheidungsfindung beitragen können, wurden von den Berliner Hausärzten als gleich sinnvoll eingestuft verglichen mit Leitlinien. Nur Informationen der pharmazeutischen Industrie wurden laut Kunz et al. als weniger sinnvoll erachtet. Demzufolge scheinen Leitlinien bei den befragten Neurologen der Rhön-Kliniken eine stärkere Rolle zu spielen als im hausärztlichen Berliner Bereich, was auch mit dem Druck durch Qualitätssicherungsprogramme, der besonders an Universitätskliniken besteht, zusammenhängen könnte.

Im qualitativen Teil wurden Experteninterviews durchgeführt, um Unterschiede in der Leitlinienakzeptanz, -nützlichkeit, -kenntnis und -anwendung zwischen ambulantem und stationärem Sektor zu erheben: Wie verhält sich die Leitlinienkonformität der niedergelassenen Neurologen gegenüber der Konformität der stationär tätigen

Neurologen? Sind die Barrieren für eine leitlinienkonforme Behandlung bei niedergelassenen Neurologen größer als bei stationär tätigen Neurologen? Den Interview-Ergebnissen nach zu urteilen, die nach der Methodik der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet wurden, existierten keine Unterschiede in der Leitlinienkonformität der beiden Gruppen. Bis auf eine Person verhielten sich die niedergelassenen Neurologen gleichermaßen leitlinienkonform wie ihre stationär arbeitenden Kollegen: Kenntnis, Akzeptanz, Nützlichkeit und Anwendung von Leitlinien fanden sich bei 7 von 8 Interviewten. Die am häufigsten erwähnten Vorteile der LLPKS im Interview sind die klare Struktur und Übersichtlichkeit, die wichtigen Therapieempfehlungen durch Leitlinien sowie die Beantwortung häufiger Fragen bezüglich der Medikation. Im Vergleich zu den Ergebnissen von Kunz et al.⁹² erscheint die Einstellung der Neurologen gegenüber Leitlinien im Allgemeinen positiver als die Einstellung der Berliner Hausärzte. In der Studie von Kunz et al. wenden 40% der befragten Hausärzte Leitlinien an. Es ist bemerkenswert, dass 37% der von Kunz befragten Berliner Hausärzte dem Item „Leitlinien schränken die benötigte Flexibilität für die individuelle Patientenversorgung zu sehr ein“ zustimmen. Demgegenüber findet das Item unter den Rhönklinikern mit 8,5% nur geringe Zustimmung. Auch diese Zahlen spiegeln die negativere Einstellung gegenüber Leitlinien der Berliner Hausärzte.

Den Ergebnissen des qualitativen Studienteils dieser Arbeit (Interview) zufolge wenden 87,5% der interviewten Neurologen Leitlinien allgemein an. Damit ist die explorativ ermittelte Quote der Leitlinienanwender bei den Neurologen wesentlich höher als bei den Berliner Hausärzten. Allerdings handelte es sich bei der befragten Population um ausgewählte Neurologen, von denen 50% in der Marburger Klinik für Neurologie tätig waren und die andere Hälfte dem Marburger Umland entstammte. Die ausgewählten Ärzte standen fast alle in regem Kontakt mit dem KNP, wodurch ein ständiger Informations- und Erfahrungsaustausch mit Experten und Spezialisten auf dem Gebiet der Parkinsontherapie gewährleistet war. Es ist zu ergänzen, dass ein Behandlungsschwerpunkt der Marburger Klinik für Neurologie die Therapie von Bewegungsstörungen darstellt. Auch der überwiegende Teil der niedergelassenen Neurologen verhielt sich leitlinienkonform: Drei Viertel von ihnen waren Mitglied in einem regelmäßig stattfindenden Qualitätszirkel im Universitätsklinikum. Durch den regelmäßigen Austausch mit dem Klinikum wurden die niedergelassenen Kollegen sozusagen auf den „neuesten Stand“ gebracht. Demzufolge könnten die Teilnahme an einem Qualitätszirkel und die Anwendung von Leitlinien im ambulanten Praxisalltag miteinander zusammenhängen.

Eine britische¹⁰⁵ und eine amerikanische Studie⁸⁷ zeigen, dass allein arbeitende Ärzte (vergleichbar mit Niedergelassenen) eine negativere Einstellung gegenüber Leitlinien haben als Ärzte, die in einem Team mit anderen Medizinern zusammenarbeiten. Außerdem ist die Leitlinienanwendung im Bereich alleinarbeitender Ärzte geringer. Kunz führt dies auf eine Art „Einzelkämpfertum“ der alleinarbeitenden Ärzte zurück. Die geringe Quote von 40% Leitlinienanwendern unter den Berliner Hausärzten unterstützt diese Vermutung. Neben der Annahme, dass der Teamaspekt ein positiver Faktor für die Leitlinienanwendung ist, könnte man diskutieren, ob die Einstellung gegenüber Leitlinien und die Leitlinienanwendung bei Niedergelassenen mit der Fachrichtung der Ärzte zusammenhängen. Allgemeinmediziner, wie die Berliner Hausärzte, finden in ihrer Patientenschaft ein viel breiteres Spektrum an Krankheitsbildern vor als Neurologen. In der Regel behandelt der Neurologe Patienten, die explizit an ihn überwiesen wurden. Damit bietet sich dem Neurologen eine sozusagen vorselektierte Patientengruppe. Daher hat der Neurologe gegebenenfalls mehr Motivation sich an Leitlinien-empfohlenen Maßnahmen zu orientieren. Eine parallel erfolgende enge Zusammenarbeit, Kontakt und Erfahrungsaustausch mit stationär arbeitenden Kollegen, wie es ein Qualitätszirkel darstellt, fördert weiterhin die Leitlinienkonformität der niedergelassenen Kollegen. Dies bestätigen die Interviewergebnisse: Drei Viertel der niedergelassenen Kollegen geben eine Mitgliedschaft im Qualitätszirkel an, übereinstimmend dazu wenden diese 75% der Neurologen auch Leitlinien an und verhalten sich leitlinienkonform in der Therapieführung. In der Befragung von Kunz et al. bejahen nur 47,2% der Hausärzte eine Mitgliedschaft in einem Qualitätszirkel. Entsprechend wenige Ärzte (40%) wenden Leitlinien an. Bezüglich möglicher Einschränkungen der Ergebnisinterpretation muss von einem Selektionsbias bei den Interviewergebnissen der stationär tätigen Neurologen ausgegangen werden. Die Interview-Ergebnisse der niedergelassenen Neurologen gelten als repräsentativ, diese Ärzte wurden aus dem Telefonbuch nach dem Zufallsprinzip rekrutiert. Demgegenüber wurden die stationär tätigen Kollegen aus einer kleinen selektierten Gruppe ausgewählt. Ihre Antworten auf die Interviewfragen unterliegen sicherlich dem Effekt der sozialen Erwünschtheit³⁴. Vor diesem Hintergrund sind die Antworten der stationär tätigen Interviewteilnehmer als nicht repräsentativ zu bewerten.

Natürlich ist auch an einen Selektionsbias bei der quantitativen Befragung zu denken, da die stationär tätigen Neurologen sich zwar aus Universitätskliniken und Fachkliniken rekrutierten, diese jedoch alle der Rhön-Klinikum AG angehörten. Es existieren verschiedene Ursachen für den Bias: Da das Rhön-Klinikum ein privater Krankenhausträger ist, sind vielfältige Möglichkeiten der Reglementierung (stärkerer

Kostendruck, bestimmte medizinische Therapieempfehlungen, Qualitätsmanagementprogramme) denkbar. Um die Repräsentativität der Studie zu erhöhen, wäre a) eine größere Stichprobe wünschenswert und b) eine unselektierte Stichprobe von Vorteil. Betrachtet man den quantitativen Studienteil, so fällt auf, dass die Antwortquote der stationär tätigen Neurologen von 37% im Vergleich zu der Antwortquote von 24% der Studie von Kunz et al.⁹² deutlich höher ist. Diese höhere Quote kann auf das stationäre Setting zurückgeführt werden, in dem die in dieser Arbeit befragten Ärzte tätig waren. Die Vermutung liegt nahe, dass stationär tätige Ärzte einem höheren Druck durch Vorgesetzte, wie z.B. durch den Chef oder die Institutionen (z.B. Universitätskliniken, Kliniken der Rhön-AG), ausgesetzt sind, sich an wissenschaftlichen Untersuchungen zu beteiligen als ihre niedergelassenen Kollegen. Ebenso spielt die soziale Erwünschtheit³⁴ hier sicher eine noch stärkere Rolle. Ein weiterer Aspekt bei der Ergebnisinterpretation ist, dass die Teilnehmer des quantitativen Studienteils im Vergleich zu den Interviewteilnehmern deutlich jünger waren (37,4 J. vs. 45 J.) und einen höheren Anteil an männlichen Neurologen aufwiesen (70,4% Männer vs. 62,5% Männer). Die Anzahl der Facharztjahre der Interviewteilnehmer betrug 11,8 Jahre und ist damit höher als die Anzahl der Facharztjahre der Fragebogenteilnehmer (7,1 Jahre). Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass bei den Interviewergebnissen zwischen den stationär tätigen jüngeren Neurologen und ihren ambulant tätigen älteren Kollegen differenziert werden muss (31,8 J. vs. 58 J.). Allein bedingt durch das Alter haben Erstere noch nicht soviel Erfahrung mit Parkinson-Patienten wie ihre niedergelassenen Kollegen, auch wenn gleichermaßen alle Interviewteilnehmer ihre Erfahrung mit Parkinson-Patienten bekundeten. Außerdem gaben die ambulant arbeitenden Neurologen an, wesentlich mehr Parkinson-Patienten im Quartal zu behandeln als ihre stationären Kollegen: 75% der Niedergelassenen nannten eine Zahl von >40 Parkinson-Patienten/ Quartal gegenüber 25% der stationär tätigen Neurologen. Dies ist ein weiteres Indiz dafür, dass die Niedergelassenen erfahrener im Umgang mit Parkinson-Patienten sind.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die durchgeführten Interviews nur explorativ und nicht repräsentativ sind. Man könnte davon ausgehen, dass das Antwortverhalten der Ärzte stark geprägt ist von Alter und Arbeitsplatz; man würde ein stärker leitlinienkonformes Verhalten eher von den stationär tätigen jüngeren Ärzten erwarten, da sie vermehrt unter dem Einfluss von Chef und klinikintern angewandten Standards⁵⁷ stehen und weniger klinische Erfahrung besitzen als ihre niedergelassenen Kollegen. Weiterhin sind Leitlinien im stationären Bereich nach fast einstimmiger Einschätzung leichter durchführbar als im ambulanten Bereich. Doch laut der Ergebnisse der

Interviews scheint die LLPKS und Leitlinien allgemein auf hohe Akzeptanz und Kenntnis auch im ambulanten Bereich zu stoßen. Die Einstellung gegenüber der LLPKS und Leitlinien allgemein ist überwiegend positiv. Es besteht Einigkeit darüber, dass Leitlinien im stationären Bereich leichter anwendbar sind. Die wichtigsten Argumente dafür sind eine größere Bandbreite an diagnostischen Möglichkeiten sowie ein geringerer Kostendruck im stationären Bereich.

Abschließend bleibt die Frage zu klären, warum im Rahmen dieser Arbeit eine qualitative Methode zur Datenauswertung gewählt wurde. Qualitative Inhaltsanalyse stellt als eine der standardisierten Methoden zur Untersuchung von Textmaterial eine adäquate Analysetechnik für Beobachtungs- und Interviewdaten dar¹⁰¹. Als Auswertungsmethode wurde in dieser Arbeit die qualitative Inhaltsanalyse gewählt, da sie eine geeignete Methode zur Auswertung von Experteninterviews darstellt⁴⁵.

Die qualitative Analyse der Interviews konnte die zuvor im quantitativen Studienteil erhobenen Daten ergänzen. Dies stellt nach Flick⁴¹ eine der Erwartungen dar, die an qualitative Evaluationsforschung gestellt werden. Weiterhin diene diese Arbeit der „Differenzierung“⁴¹ und „Vertiefung“⁴¹ von repräsentativen Studien zur Akzeptanz und Implementierung von Leitlinien. Auch das natürliche Setting, das einen wichtigen Bestandteil der qualitativen Forschung darstellt, fand in dieser Arbeit vorteilhafte Anwendung. Ein gewohntes Umfeld, wie beispielsweise das Arztzimmer oder die eigene ärztliche Praxis, sind die Basis zur Schaffung einer angenehmen Gesprächssituation für das Interview. In diesem Rahmen war es möglich, einen genauen Einblick in die Einstellung der Interviewteilnehmer zum Thema LLPKS und Leitlinien allgemein zu erlangen. Im „evaluativen“ Interview, das in dieser Arbeit Anwendung fand, wurde dem Befragten ein größerer Spielraum in seiner Antwortwahl gegeben. So war es dem Interviewer möglich, einen erweiterten Einblick in den persönlichen Standpunkt des Befragten zu bekommen⁴¹. Qualitative Verfahren sind beteiligungsorientierte Verfahren - sie involvieren in dieser Arbeit die Ärzte als Agierende mit in das Geschehen und regen sie auf diese Weise zur Aktivität und Selbstverantwortung an (eventuell ihren Umgang mit Leitlinien zu überdenken bzw. zu überprüfen, sich manche routinierte Handlungsweisen klarzumachen und kritisch zu hinterfragen). Qualitative Evaluationsforschung, die Flick auch als „praxisbezogene Forschung“ bezeichnet, findet einen passenden Anwendungsbereich in der Leitlinienevaluation. Evaluation gilt als „nutzungsorientiert“⁴¹ und vermag als „anwendungsorientierte Wissenschaft“⁴¹ den Gebrauch von Leitlinien im medizinischen Praxisalltag zu erschließen.

Leitlinienevaluation soll zur Verbesserung von Leitlinienqualität und medizinischer Versorgung beitragen. Die in den letzten 10 Jahren unternommenen Anstrengungen, Leitlinienqualität zu verbessern, haben Spuren hinterlassen. Dennoch bedarf es individuell gestalteter Implementierungsstrategien, die sich auf das jeweilige Setting, die spezifische Leitlinie und den Anwenderkreis beziehen, um so eine erfolgreiche Implementierung zu ermöglichen¹³². Zumindest die LLPKS scheint in der Ärzteschaft, sowohl bei stationär wie auch ambulant arbeitenden Neurologen, auf gute bis sehr gute Akzeptanz und auf hohe Anwendung zu stoßen. Neben den Ärzten profitiert die Patientenschaft und auch die Solidargemeinschaft der Versicherten von dieser Entwicklung. Die gesundheitliche Versorgung findet somit auf einem hohen Niveau statt. Die Behandlung gestaltet sich effizienter. Die optimierte Kosten-Nutzenrechnung wird sich monetär langfristig möglicherweise günstig auswirken. Dank Leitlinien stehen Qualität und Quantität der Therapiemaßnahmen in einem ausgewogenen Verhältnis. Natürlich bleibt offen, in wie weit sich dies mit Evaluationsergebnissen anderer Leitlinien der Medizin deckt.

Ausblick

Erfreulicherweise konnte die vorliegende Studie eine hohe Akzeptanz der LLPKS belegen. Es besteht allerdings der Bedarf an geeigneten Implementierungsschritten, um die Disseminatoren der Leitlinie und deren Auswirkung auf die Versorgungsqualität zu optimieren. Eine Überlegung ist, ob die Teilnahme an einem Qualitätszirkel für niedergelassene Ärzte verbindlich gemacht werden sollte, um gewisse Qualitätsstandards in der Behandlung zu sichern. Dies könnte einen Praxisansatz für die Implementierungsphase von Leitlinien darstellen. Im Rahmen der integrierten Versorgung entsteht der Vorschlag der Vernetzung von Qualitätszirkeln mit dem stationären Tätigkeitsfeld. Auf diese Art und Weise könnte eventuell ein Erfahrungs- und Informationsaustausch zwischen ambulant tätigen Ärzten und Klinikern gewährleistet werden. Auch wäre es so aufgrund der recht hohen Leitlinienakzeptanz im stationären Sektor möglich, die Implementierung von Leitlinien im ambulanten Praxisalltag voranzutreiben. Für die stationär tätigen Kollegen würde sich ein kurzes intensives Training mit anschließenden booster-sessions anbieten. Spezielle Workshops auf Fachtagungen könnten das Angebot zum Leitlinientraining ergänzen. Gerade vor dem Hintergrund der Leitlinienimplementierung in den Praxisalltag niedergelassener Ärzte ist das Ausmaß der Leitlinienakzeptanz im ambulanten Bereich

von Interesse. Weiterhin steht aus, die Ergebnisse einer repräsentativen Befragung im Bereich niedergelassener Neurologen (in Durchführung) abzuwarten, um diese den stationären Ergebnissen gegenüberzustellen. Damit könnte die These des Settings weiter beleuchtet werden. Offen bleibt auch die Frage, in wie weit Unterschiede in der Leitlinienakzeptanz und -durchsetzung zwischen einzelnen medizinischen Fachrichtungen existieren. In welcher Art und Weise hängt leitlinienkonformes Verhalten des Mediziners von dem Erkrankungsspektrum (bzw. Behandlungsspektrum) ab, das sich ihm tagtäglich bietet? Unterscheiden sich beispielsweise Allgemeinmediziner in ihrer Leitlinienkonformität von Neurologen oder stationär tätigen Internisten etc.? Im Anbetracht all dieser offenen Fragen ist ersichtlich, welch großes und weitläufiges Forschungsfeld das Thema Leitlinien und Leitlinienevaluation bietet.

6. Zusammenfassung

Hintergrund und Fragestellung: Leitlinien beeinflussen zunehmend das ärztliche Handeln in Klinik und Praxis. Diese Arbeit widmet sich der Evaluation von Bekanntheit, Akzeptanz und Implementierung der S2-Leitlinie Parkinson-Syndrome (LLPKS) und von Leitlinien allgemein im stationären Bereich und einer Herausarbeitung möglicher Unterschiede zum ambulanten Sektor.

Methodik: Die Studie besteht aus einer Querschnittsbefragung (quantitativer Ansatz) und Experteninterviews (qualitative Analyse). Der Fragebogen enthielt 48 Items zur Akzeptanz, Nützlichkeit und Implementierung der LLPKS speziell und zu Leitlinien allgemein sowie eine Barrierenanalyse. 192 Fragebögen wurden an stationär tätige Neurologen versandt. Die Stichprobe lag bei $n=71$. Das leitfadengestützte Experteninterview wurde mit je vier niedergelassenen und stationär tätigen Neurologen geführt.

Ergebnisse: Die Ergebnisse beider Studienansätze belegen eine gute Akzeptanz der LLPKS im stationären und ambulanten Sektor. Die Teilnehmer der Fragebogenuntersuchung waren durchschnittlich 37,4 (SD=7,6) Jahre alt und überwiegend männlich (70,4%, $n=50$). 84,5% ($n=60$) der Neurologen kannten die LLPKS. Von den LL-Kennern wandten 93,4% die LLPKS an ($n=56$). 92,9% ($n=52$) bezeichneten die Leitlinie als „nützlich“ bis „sehr nützlich“. Die am häufigsten genannten Vorteile waren „Übersichtlichkeit“ ($n=16$), „Struktur“ ($n=17$) und „Qualität“ ($n=16$) der LLPKS. Hauptkritikpunkt an der Leitlinie stellte die „unzureichende Aktualität“ ($n=5$) dar. 53,5% ($n=38$) der Neurologen waren gegen eine spezielle Leitlinie für Patienten. Zu den Hauptbarrieren einer Leitlinienanwendung im Allgemeinen gehörten die „mangelnde Aktualität“, die „unklare juristische Position“ und der „mangelnde Bekanntheitsgrad“. Allgemeine Akzeptanz bestand in der Aussage, dass Leitlinien die Behandlungsqualität verbessern (94,3%; $n=66$). Die Experteninterviews zeigten keine wesentlichen Unterschiede in der Einstellung zwischen stationär tätigen und ambulant tätigen Neurologen. Es bestand Einigkeit darüber, dass Leitlinien im stationären Bereich leichter anwendbar sind als im ambulanten Bereich.

Schlussfolgerung: Die Einstellung gegenüber der LLPKS und Leitlinien allgemein ist überwiegend positiv. Kritikpunkte deuten auf einen Weiterentwicklungsbedarf der Leitlinie hin. Es bedarf geeigneter Implementierungsstrategien, um bei vorhandener Akzeptanz der Leitlinien deren Anwendung im ärztlichen Alltag zu optimieren.

7. Literaturhinweise

1. AEZQ: Ableitung von Behandlungspfaden aus Leitlinien. <http://www.AEZQ.de> [2007-08-27]
2. AEZQ: aeqq-Tätigkeitsbericht 2006. Leitlinienbericht KHK. D. Anhang. <http://www.AEZQ.de>[24.08.2007]
<http://www.aeqq.de/publikationen/pdfpraesentationen-/follclearinghouse060302ow.pdf> [2008-09-14]
3. AEZQ: Checkliste Methodische Qualität von Leitlinien. Dtsch Ärztebl 2000; 97 (17): A1170-A1172.
4. AEZQ: Das Deutsche Leitlinien-Clearingverfahren 1999-2005 - Hintergrund, Zielsetzung, Ergebnisse - Abschlussbericht. AEZQ-Schriftenreihe 2006, Köln, Band 24. <http://www.aeqq.de/edocs/pdf/schriftenreihe/schriftenreihe24.pdf> [26.12.2008]
5. AEZQ: Leitlinien-Clearingbericht „Schlaganfall“. AEZQ-Schriftenreihe 2005, Köln, Band 21.
<http://www.leitlinien.de/clearingverfahren/clearingberichte/schlaganfall/00schlaganfall/view> [26.12.2008]
6. AHCPR: AHCPR, AAHP and AMA to develop national clinical guideline clearinghouse. <http://www.os.dhhs.gov/news/pres/970528c.htm> [2008-02-11]
7. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung (AEZQ): Das Leitlinien-Manual. ZaeFQ 2001; 95 (Suppl.1). <http://www.leitlinien.de>
8. Atkinson P., Silverman D.: Kundera`s Immortality: The Interview Society and the Invention oft the Self. Qualitative Inquiry 1997; 3: 304-325.
9. AWMF online: Wissenschaftlich begründete Leitlinien für Diagnostik und Therapie. <http://leitlinien.net> [2007-08-24]

10. Bandolier Journal: Effective Health Care. Implementing clinical practice guidelines: Can guidelines be used to improve practice? University of Leeds, Leeds 1994.
11. Bandolier Forum: Independent evidence-based health care. On Care Pathways 2003; 6: 1-12. [http:// www.ebandolier.com](http://www.ebandolier.com)
12. Benamer T.S., Patterson J., Grosset D.G., Booij J., de Bruin K., van Royen E., Speelman J.D., Horstink M.H., Sips H.J., Dierckx R.A., Versijpt J., Decoo D., Van Der Linden C., Hadley D.M., Doder M., Lees A.J., Costa D.C., Gacinovic S., Oertel W.H., Pogarell O., Hoeffken H., Joseph K., Tatsch K., Schwarz J., Ries V.: Accurate differentiation of parkinsonism and essential tremor using visual assessment of [123I]-FP-CIT SPECT imaging: the [123I]-FP-CIT study group. *Mov Disord* 2000; 15: 503-510.
13. Benedetti M.D., Bower J.H., Maraganore D.M., McDonnell S.K., Peterson B.J., Ahlskog J.E., Schaid D.J., Rocca W.A.: Smoking, alcohol, and coffee consumption preceding Parkinson`s disease: a case-control study. *Neurology* 2000; 55: 1350-1358.
14. Bergin E., Johansson H., Bergin R.: Are doctors unhappy? A study of residents with an open interview form. *Qual Manag Health Care* 2004; 13 (1): 81-87.
15. Bernheimer H., Birkmayer W., Hornykiewicz O., Jellinger K., Seitelberger F.: Brain dopamine and the syndromes of Parkinson and Huntington. Clinical, morphological and neurochemical correlations. *J Neurol Sci* 1973; 20: 415-455.
16. Bortz J., Döring N. (Hrsg.): *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Springer-Verlag, Berlin 2002, 3. Auflage.
17. Braak H., Del Tredici K., Rub U., de Vos R.A., Jansen Steur E.N., Braak E.: Staging of brain pathology related to sporadic Parkinson`s disease. *Neurobiol Aging* 2003; 24: 197-211.
18. Brown R.G., Marsden C.D.: "Subcortical dementia": the neuropsychological evidence. *Neuroscience* 1988; 25: 363-387.

19. Brücke T., Djamshidian S., Bencsits G., Pirker W., Asenbaum S., Podreka I.: SPECT and PET imaging of the dopaminergic system in Parkinson's disease. J Neurol 2000; 247: IV/ 2-7.
20. Buchborn E.: Leitlinien – Richtlinien – Standards. Risiko oder Chance für Arzt und Patient ? Bayer Ärztebl 1997; 52: 412-416.
21. Butzlaff M., Floer B., Koneczny N., Vollmar H.C., Lange S., Isfort J., Kunstmann W.: www.evidence.de – Netzbasierte Leitlinien im Praxistest. ZaeFQ 2002; 96: 127-133.
22. Butzlaff M., Koneczny N., Floer B., Vollmar H.C., Lange S., Kunstmann W., Köck C.: Hausärzte, Internet und neues Wissen. Med Klin 2002; 97: 383-388.
23. Cabana, M.D. et alii: Why don't physicians follow clinical practice guidelines? JAMA 1999; 282 (15): 1458 – 1465.
24. Chelimsky E., Shadisch W.R. (Hrsg.): Evaluation for the 21st-Century. A Handbook. Sage, Thousand Oaks 1997.
25. Clearingverfahren – Clearingberichte - Herzinsuffizienz – Disseminierung. <http://www.leitlinien.de> [2007-05-03]
26. Deeke A.: Experteninterviews - ein methodologisches und forschungspraktisches Problem. Einleitende Bemerkungen und Fragen zum Workshop. In: Brinkmann C., Deeke A., Völkel B. (Hrsg.): Experteninterviews in der Arbeitsmarktforschung. Diskussionsbeiträge zu methodischen Fragen und praktischen Erfahrungen. Beiträge zur Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 191. Bundesanstalt für Arbeit, Nürnberg 1995, S. 7-22.
27. Denzin N.K.: The reflexive Interview and a performative social science. Qual Res 2002; 1: 23-46.
28. de Rijk M.C., Breteler M.M., Graveland G.A., Ott A., Grobbee D.E., van der Meche F.G., Hofmann A.: Prevalence of Parkinson's disease in the elderly: the Rotterdam Study. Neurology 1995; 45: 2143-2146.

29. Donner-Banzhoff N., Wilm S.: Neue Horizonte: Qualitative Forschung in der Allgemeinmedizin. ZFA 2002; 78: 11-12.
30. Dumfries and Galloway: Unpublished data. Primary Care NHS Trust.
31. Eggert K.M., Larisch A., Dodel R., Bormann C., Oertel W.H.: Awareness and Knowledge of the Clinical Practice Guideline on Parkinson`s Disease among Neurologists in Germany. Eur Neurol 2009; 61: 216-222.
32. Eggert K.M., Deuschl G., Gasser T., Oertel W.H., Arnold G., Baas H., Dodel R., Mehdorn H.M., Przuntek W., Reichmann H., Riederer P., Spieker S., Trenkwalder C.: Leitlinie Parkinson-Syndrome. In: Diener H.C., Kommission Leitlinien der DGN (Hrsg.): Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Georg-Thieme-Verlag Stuttgart, New York 2005, 2. überarbeitete und erweiterte Auflage.
33. Eggert K.M., Oertel W.H., Reichmann H., Arnold G., Baas H., Berg D., Braune S., Deuschl G., Dodel R., Gasser T., Gerlach M., Höglinger G., Jost W., Mehdorn M., Müngersdorf M., Przuntek H., Reuther P., Riederer P., Schulz J., Spieker S., Storch A., Tatsch K., Trenkwalder C.: Leitlinie Parkinson-Syndrome. Georg-Thieme-Verlag Stuttgart, New York, 3. überarbeitete und erweiterte Auflage (im Druck).
34. Esser H.: Können Befragte Lügen? Zum Konzept des „wahren Wertes“ im Rahmen der handlungstheoretischen Erklärung von Situationseinflüssen bei der Befragung. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 1986; 38, 314-336.
35. Europarat (Hrsg.): Entwicklung einer Methodik für die Ausarbeitung von Leitlinien für optimale medizinische Praxis. Empfehlung Rec (2001) 13 des Europarates und erläuterndes Memorandum. ZaeFQ 2002; 96 (Suppl.3): 12.
<http://www.leitlinien.de/informationen/pdf/europaratmethdt.pdf>
36. Farquar C.M., Kofa E.W., Slutsky J.R.: Clinicians` attitudes to clinical practice guidelines: a systematic review. MJA 2002; 177 (9): 502-506.

37. Fearnley J.M., Lees A.J.: Ageing and Parkinson`s disease: substantia nigra regional selectivity. Brain 1991; 114: 2283-2301.
38. Ferrier B.M., Woodward C.A., Cohen M., Williams A.P.: Clinical practice guidelines. New - to - practice family physicians`attitudes. Can Fam Physician 1996; 42: 463-468.
39. Fettermann D.M., Kaftarian S., Wandersman A.: Empowerment evaluation: Knowledge and tools for self-assessment and accountability. Sage, Thousand Oaks 1996.
40. Field M.J., Lohr K.N. (Hrsg.): Clinical practice guidelines. Directions for a new program. Institute of Medicine, Washington DC: National Academy Press 1990, 53-77. <http://www.ahrq.gov/fund/ngcguidl.html>
41. Flick U. (Hrsg.): Qualitative Evaluationsforschung, Konzepte– Methoden-Umsetzungen. Rohwohlt`s Enzyklopädie, Reinbek 2006.
42. Gasser T.: Genetics of Parkinson`s disease. Curr Opin Neurol 2005;18: 363-369.
43. Gerlach M., Reichmann H., Riederer P.: Die Parkinson-Krankheit: Grundlagen, Klinik, Therapie. Springer-Verlag Wien, New York 2007, 4. überarbeitete und erweiterte Auflage.
44. Gibb W.R., Lees A.J.: The relevance of the Lewy body to the pathogenesis of idiopathic Parkinson`s disease. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1988; 51: 745-752.
45. Gläser J., Laudel G.: Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2004, 2. Auflage.
46. Gorell J.M., Johnson C.C., Rybicki B.A., Peterson E.L., Richardson R.J.: The risk Parkinson`s disease with exposure to pesticides, farming, well water, and rural living. Neurology 1998; 50: 1346-1350.

47. Grimshaw J.M., Russell I.T.: Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *Lancet* 1993; 342: 1317-1322.
48. Grimshaw J.M., Thomas R.E., MacLennan G., Fraser C., Ramsay C.R., Vale L., Whitty P., Eccles M.P., Matowe L., Shirran L., Wensing M., Dijkstra R., Donaldson C.: Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess* 2004; 8 iii-iv: 1-72.
49. Grol R.: National standard setting for quality of care in general practice: attitudes of general practitioners and response to a set of standards. *Br J Gen Pract* 1990; 40 (338): 361-364.
50. Grol R. Personal Paper: Beliefs and evidence in changing clinical practice. *BMJ* 1997; 315: 418-421.
51. Grol R., Grimshaw J.: From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet* 2003; 362: 1225-1230.
52. Guba E., Lincoln Y.: *Fourth Generation Evaluation*. Sage, Newbury Park, London, New Delhi 1989.
53. Gupta L., Ward J.E., Hayward R.S.A.: Clinical practice guidelines in general practice: a national survey of recall, attitudes and impact. *MJA* 1997; 166 (2): 69-72.
54. Hart D.: Ärztliche Leitlinien - Definitionen, Funktionen, rechtliche Bewertungen. *MedR* 1998; 1: 8-16.
55. Hart D.: Ärztliche Leitlinien. *ZaeFQ* 2000; 94: 65-69.
56. Hartig S.: *Evaluation der methodischen Qualität von Leitlinien der medizinischen Versorgung aus dem System der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften in Deutschland (AWMF)*. Online-Dissertation 2005. [2007-09-09]

57. Hasenbein U., Schulze A., Kuß O., Busse R., Wallesch C.-W.: Leitlinienkonformes Praxiswissen am Beispiel Schlaganfall. Dtsch Ärztebl 2006; 103 (24): A-1672/ B-1425/ C-1377. <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=51803> [2007-09-11]
58. Hayward R.S.A., Guyatt G.H., Moore K.A., McKibbin K.A., Carter A.O.: Canadian physicians` attitudes about preferences regarding clinical practice guidelines. CMAJ 1997; 156 (12): 1715-1723.
59. Helou A.: Beurteilung deutschsprachiger Leitlinien mit Hilfe eines Instrumentes zur Bewertung der methodischen Qualität von Leitlinien. Vortrag auf dem Symposium „Evidence-Based Medicine“ der Ärztekammer Berlin und der Bundesärztekammer. Berlin, 13./ 14. 3.1998.
60. Helwig A., Bower D., Wolff M., Guse C.: Residents find clinical practice guidelines valuable as educational and clinical tools. Fam Med 1998; 30 (6): 431-435.
61. Hempelmann G., Adams HA.: Leitlinien – Irrweg der Mediziner? Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther 1999; 34: 197.
62. Holstein J.A., Gubrium J.F.: The Active Interview. Sage, Thousand Oaks, London, New Delhi 1995.
63. Hölzer S., Dudeck J.: Medizinische Leitlinien. Strategien zur Implementation. Dtsch Ärztebl 1998; 11: A665-A666.
64. http://www.aerztekammerberlin.de/10_Aktuelles/10_pressemitte/843pak07_2006_herthaNathorff.html [2007-09-11]
65. <http://www.aeqz.de/publikationen/pdfpraesentationen-/folclearinghouse060302ow.pdf> [2008-02-18]
66. <http://www.agreecollaboration.org> [2008-02-18]
67. <http://www.akdae.de> [2008-02-18]

68. <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=6.3289.3293.3294>
[2008-02-12]
69. <http://www.dgsuchtmedizin.de/aktuelles/newsletter/one.newsletter-/index.html?entry=page.newsletter.29> [2007-08-29]
70. <http://www.dgsuchtmedizin.de/leitlinien/leitlinien.fremd/leit.61/index.html>
[2008-02-13]
71. <http://www.g-i-n.de> [2008-02-18]
72. <http://www.hausarbeiten.de/faecher/hausarbeit/pac/10113.html> [2007-11-24]
73. <http://www.hih-tuebingen.de/abteilungen/nd/research/parkinson> [2008-12-23]
74. <http://www.leitlinien.de/leitlinienanbieter/index/deutsch/kliniken/view>
[2007-05-04]
75. <http://www.leitlinien.de/leitlinienqualitaet/manual/kap01einfuehrung/view>
[2008-02-12]
76. <http://www.medizininformatik-treffpunkt.de/ebm.htm> [2008-02-13]
77. <http://www.patienten-information.de> [2008-02-13]
78. http://www.psychologie.uni-mannheim.de/.../05_SS/FoPra-/20050603_fopra_Qualitative%20Auswertungsverfahren.pdf [2007-11-24]
79. <http://www.q-m-a.de/azq/azq/content/publikationen/0index/pdfpraesentationen-/foaqumed0601.pdf> [2008-02-18]
80. <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/2-00/2-00mayring-d.html>
[2007-11-24]
81. <http://www.uni-duesseldorf.de/awmf/II/II-rb09.html> [2008-02-12]
82. <http://www.uni-duesseldorf.de/awmf/II/wb-II.html> [2008-02-18]

83. http://www.uni-duesseldorf.de/awmf/II/II_nvl.html AWMF online - Nationale Versorgungsleitlinien [2008-02-18]
84. <http://www.versorgungsleitlinien.de/methodik/delbi> [2008-02-18]
85. <http://www.versorgungsleitlinien.de/methodik/delbi/pdf/delbi05kurz.pdf> [2008-02-18]
86. <http://www.Versorgungsleitlinien.de> [2008-02-20]
87. James P.A., Cowan T.M., Graham R.P., Majeroni B.A.: Family physicians' attitudes about and use of clinical practice guidelines. J Fam Pract 1997; 45 (4): 341-347.
88. Janssen B., Menke R., Pourhassan F., Geßner-Özokyay D., Peters R., Gaebel W.: Leitlinienimplementierung auf der Basis eines computergestützten Decision-support-Systems. Nervenarzt 2006; 77: 567-575.
89. Kopp, I.: Wege zur Qualitätsentwicklung: Implementierung von Leitlinien. In: Badura, B., Iseringhausen, O. (Hrsg.): Wege aus der Krise der Versorgungsorganisation. Beiträge aus der Versorgungsforschung. Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern 2005, S. 255-265.
90. Kraus F.: Wie ließe sich die ärztliche Behandlung der Kranken angesichts der jetzigen wirtschaftlichen Notlage der Bevölkerung sparsam und doch sachgemäß gestalten? DMW 1924; 50 (13): 391-393.
91. Kromrey H.: Evaluation - ein vielschichtiges Konzept. Begriff und Methodik von Evaluierung und Evaluationsforschung. Empfehlungen für die Praxis. Sozialwissenschaften und Berufspraxis 2001; 24: 1-23.
92. Kunz A.: Leitlinien in der Medizin: Anwendung, Einstellungen und Barrieren – Eine Befragung Berliner Hausärzte. Abschlussarbeit Master of Public Health, Berlin 2005. <http://ipg.psychologie.fu-berlin.de/projekte/limah.html>

93. Lang E., Kastner S., Liebig K., Neundörfer B.: Verbesserung der ambulanten Versorgung von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen. Schmerz 2002; 16 (1): 22-33.
94. Larisch A., Oertel W.H., Eggert K.M.: Attitudes and Barriers to Clinical Practice Guidelines in general and to the guideline on Parkinson`s Disease. A National Survey among German Neurologists in Private Practice. Zur Veröffentlichung eingereicht.
95. Leven K.-H.: Leitlinien: Geschichtlicher Diskurs. Dtsch Ärztebl 2000; 97 (33): A-2158/ B-1832/ C-1724
<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=heft&id=23935> [2008-02-13]
96. Liebold R., Trinczek R.: Experteninterview. In: Kühl S., Strodtholz P. (Hrsg.): Methoden der Organisationsforschung - Ein Handbuch. Rowohlt-Verlag, Reinbek 2002, S. 33-71.
97. Luhmann N.: Organisation und Entscheidung. Westdeutscher Verlag, Opladen 2000.
98. Madaus G., Scriven M., Stufflebeam D. (Hrsg.): Evaluation Models. Kluwer-Nijhoff Publishing, Boston 1983.
99. Maher N.E., Currie L.J., Lazzarini A.M., Wilk J.B., Taylor C.A., Saint-Hilaire M.H., Feldman R.G., Golbe LI., Wooten G.F., Myers R.H.: Segregation analysis of Parkinson`s disease revealing evidence for a major causative gene. Am J Med Genet 2002; 109:191-197.
100. Margolis C.Z., Cretin S.: Implementing Clinical Practice Guidelines. AHA Press, Chicago 1999.
101. Mayring P. (Hrsg.): Qualitative Inhaltsanalyse. Beltz Verlag, Weinheim und Basel 2007, 9. Auflage.
102. McEleny P., Bowie P., Robins J.B., Brown R.C.: Getting a validated guideline into local practice: implementation and audit of the SIGN guideline on the

prevention of deep vein thrombosis in a district general hospital. Scott Med J 1998; 43: 23-25.

103. Meuser M., Nagel U.: ExpertInneninterviews - vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Bogner A., Littig B., Menz W. (Hrsg.): Das Experteninterview - Theorie, Methode, Anwendung. Leske + Budrich, Opladen 2002, S. 71-94.
104. Nachtigal G.: Rationale Medizin – Ein Beitrag zur Zukunftssicherung der sozialen Krankenversicherung. Vortrag im Rahmen des Workshops „Qualität und Wirtschaftlichkeit – Neue Wege gemeinsamer Verantwortung“. Bonn, 20. 11. 1997.
105. Newton J., Knight D., Woolhead G.: General practitioners and clinical guidelines: a survey of knowledge, use and beliefs. Br J Gen Pract 1996; 46 (410): 513-517.
106. Oesingmann U.: Anforderungen des Allgemeinarztes in der vertragsärztlichen Versorgung an Diagnose- und Therapiestandards. Vortrag im Rahmen des Symposiums „Diagnose- und Therapiestandards in der Medizin“, Bonn 22.9.1997. (zitiert von Nr. 111).
107. Olesen F., Lauritzen T.: Do general practitioners want guidelines? Attitudes toward a country - based and a national college - based approach. Scand J Prim Health Care 1997; 5 (3): 141-145.
108. Ollenschläger G.: Kritische Bestandsaufnahme der Leitlinienentwicklung und -anwendung in Deutschland. ZaeFQ 2001; 95:413-417.
109. Ollenschläger G.: Möglichkeiten und Grenzen von Leitlinien zur Reduktion von Über-, Unter- und Fehlversorgung. ArzneimForsch 2002; 52: 332-334.
110. Ollenschläger G.: Nationale Leitlinien-Agenturen gründen internationales Netzwerk G-I-N: Hintergrund und Ziele. ZFA 2003; 79: 254-257.

111. Ollenschläger G.: Medizinischer Standard und Leitlinien - Definitionen und Funktionen. ZaeFQ 2004; 98: 176-179.
112. Ollenschläger G., Oesingmann U., Thomeczek C., Kolkman F.-W.: Ärztliche Leitlinien in Deutschland - aktueller Stand und zukünftige Entwicklungen. ZaeFQ 1998; 92: 273-280.
113. Ollenschläger G., Thomeczek C., Kirchner H., Oesingmann U., Kolkman F.W., Kunz R.: The German Guidelines Clearing House (GGC). Rationale, Aims and Results. Proc R Coll Phys Edinb 2001;31 (Suppl. 9): 59-64.
114. Ollenschläger G., Kirchner H., Sängler S., Thomeczek C., Jonitz G., Gramsch E.: Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin ÄZQ: Qualität und Akzeptanz medizinischer Leitlinien in Deutschland - Bestandsaufnahme Mai 2004. <http://www.geocities.com/~ollenschlaeger/hart04.pdf> [2008-02-13]
115. Ollenschläger G., Marshall C., Qureshi S., Rosenbrand K., Burgers J., Mäkelä M. et al.: Improving the quality of health care: Using international collaboration to inform guideline programmes by founding the Guidelines International Network (G-I-N). Qual Saf Health Care 2004; 13: 455-460.
116. Patton M.: Qualitative research and evaluation methods. Sage, Beverly Hills 2002, 3rd edition.
117. Programm für Nationale Versorgungs-Leitlinien
<http://www.leitlinien.de/versorgungsleitlinien/index/view> [2008-02-13]
118. Ratzel R.: Wieweit geht die Therapiefreiheit? Qualitätssicherung, Leitlinien und Recht. Frauenarzt 2001: 934 ff.
119. Rosemeier H.P.: Medizinische Psychologie. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1987, 3. Auflage.
120. Rossi P.H., Freeman H.E., Lipsey M.: Evaluation. A Systematic Approach. Sage, Beverly Hills 2003, 6th ed.

121. Rousseau N., McColl E., Newton J., Grimshaw J., Eccles M.: Practice based, longitudinal, qualitative interview study of computerised evidence based guidelines in primary care. BMJ 2003; 326: 314-321.
122. Schäfer R.: Der Einfluss von Leitlinien auf die stationäre Versorgung. <http://www.deutscher-krankenhaustag.de/de/vortraege/pdf/GDK23-2000-11-23-Schaefer.pdf> [2008-02-25]
123. Schmidt K.: Praxishilfe oder juristischer Fallstrick - Leitlinien-Chaos verunsichert Hausärzte. Selecta 1997; 31: 6, 8.
124. Schmielau F., Schmielau-Lugmayr M.: Lehrbuch der Medizinischen Psychologie. Verlag für Psychologie, Dr. C. J. Hogrefe (Hrsg.) Göttingen 1990.
125. Schneider C., Hagemeister J., Pfaff H., Mager G., Höpp H.W.: Leitlinienadäquate Kenntnisse von Internisten und Allgemeinmedizinern am Beispiel der arteriellen Hypertonie. ZaeFQ 2001; 95: 339-344.
126. Schrag A., Good C.D., Miszkiet K., Morris H.R., Mathias C.J., Lees A.J., Quinn N.P.: Differentiation of atypical parkinsonian syndromes with routine MRI. 2000; 54: 697-702.
127. Schulz J.B., Gasser T.: Parkinson-Syndrome. In: Brandt T., Dichgans J., Diener H-C. (Hrsg.): Therapie und Verlauf neurologischer Erkrankungen. Kohlhammer-Verlag, 2007, 5. Auflage.
128. Schulz J.B., Klockgether T., Petersen D., Jauch M., Müller-Schauenburg W., Spieker S., Voigt K., Dichgans J.: Multiple system atrophy: natural history, MRI morphology, and dopamine receptor imaging with ¹²³IBZM-SPECT. Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry 1994; 57: 1047-1056.
129. Schulz J.B., Skalej M., Wedekind D., Luft A.R., Abele M., Voigt K., Dichgans J., Klockgether T.: MRI-based volumetry differentiates idiopathic Parkinson`s syndrome from MSA and PSP. Annals of Neurology 1999; 45: 65-74.

130. Schwarz J., Tatsch K., Arnold G., Ott M., Trenkwalder C., Kirsch C.M., Oertel W.H.: 123I-iodobenzamide-SPECT in 83 patients with de novo parkinsonism. *Neurology* 1993; 43: 17-20.
131. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN): Management of behavioural and psychological aspects of dementia. A national clinical guideline. SIGN 1998; publication no. 22. Edinburgh.
132. Selbmann H.K., Kopp I.: Implementierung von Leitlinien in den Versorgungsalltag. *Psychiatrie* 2005; 1: 33-38.
133. Sielk M., Brockmann S., Wilm S.: Qualitative Forschung - Hindeuten in oder Abbilden von Wirklichkeit? *ZFA* 2004; 80: 334-342.
134. SPD-Fraktion des Deutschen Bundestages - 13.Wahlperiode - Entwurf für eine Große Anfrage „Qualität im Gesundheitswesen“ – Stand 20.1.1998, Kapitel "Leitlinien und Versorgungsziele". *Pubmed-Abstract* 1998, Bonn. <http://www.leitlinien.de/informationen/literatur-/view?PrincipiaSearchSource=&start=221>
135. Spillantini M.G., Schmidt M.L., Lee V.M., Trojanowski J.Q., Jakes R., Goedert M.: Alpha-synuclein in Lewy bodies. *Nature* 1997; 388: 839-840.
136. Sveinbjornsdottir S., Hicks A.A., Jonsson T., Petursson H., Guomundsson G., Frigge M.L., Kong A., Gulcher J.R., Stefansson K.: Familial Aggregation of Parkinson`s Disease in Iceland. *N Engl J Med* 2000; 343: 1765-1770.
137. Tanner C.M., Aston D.A.: Epidemiology of Parkinson`s disease and akinetic syndromes. *Curr Opin Neurol* 2000; 13: 427-430.
138. Tanner C.M., Goldman S.M., Aston D.A., Ottman R., Ellenberg J., Mayeux R., Langston J.W.: Smoking and Parkinson`s disease in twins. *Neurology* 2002; 58: 581-588.
139. The AGREE Collaboration: Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. *Qual Saf Health Care* 2003; 12: 18-23.

140. Torres R.T., Preskill H., Piontek M.E.: Evaluation Strategies for Communicating and Reporting. Enhancing Learning in Organizations. Sage, London 1996.
141. Tunis S.R., Hayward R.S.A., Wilson M.C., Rubin H.R., Bass E.B., Johnston M., Steinberg E.P.: Internists' attitudes about clinical practice guidelines. Ann intern med 1994; 120 (11): 956-963.
142. Varrone A., Marek K.L., Jennings D., Innis R.B., Seibyl J.P.: [(123)I]beta-CIT SPECT imaging demonstrates reduced density of striatal dopamine transporters in Parkinson's disease and multiple system atrophy. Mov Disord 2001; 16: 1023-1032.
143. Weismann N., Brockmann S., Bous F., Rusche H., Abholz H.-H.: Haltungen und Urteile von Ärzten und ihren Patienten bei Einführung einer leitliniengestützten Therapie des akuten Rückenschmerzes. Z Allg Med 2003; 79: 448-452.
144. Weiss C.H.: Evaluation. Methods for Studying Policies and Programs. Prentice Hall, New York 1998.
145. WHO/ Europe: Leitlinien in der gesundheitlichen Versorgung. Bericht von der Tagung der WHO, Schloß Velen, Westfalen, 26.-28.1.1997. <http://www.who.dk/tech/hs/Veleng.htm> [2008-02-12]
146. Wottawa H., Thierau H.: Lehrbuch Evaluation. Huber-Verlag, Bern 1998, 2. Auflage.

8. Anhang

Abkürzungsverzeichnis

A	Arzt
An	Anwender
Bes	besonders
DGN	Deutsche Gesellschaft für Neurologie
Ess	essentiell
et al.	et alii (und andere)
I	Interviewer
IPS	Idiopathisches Parkinson-Syndrom
J	Jahre
LIMAH	Leitlinien in der Medizin-Ansichten Berliner Hausärzte
LL	Leitlinien
LLPKS	Leitlinie Parkinson-Syndrome
LQ	Lebensqualität
Med	Medikamente
MS	Multiple Sklerose
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
n	Häufigkeit
N	niedergelassen
Na	Nichtanwender
NW	Nebenwirkungen
Pat	Patient
Pk	Parkinson
SD	Standardabweichung

S	stationär
SPECT	Single Photon Emission Computed Tomography
UPDRS-Skalen	Unified Parkinson Disease Rating Scale
vs	versus
%	Prozent
...	(Pause)
---	(Weglassen von Namensnennungen)

Fragebogen zur Akzeptanz und Einstellung gegenüber der Leitlinie Parkinson-Syndrome



I. Angaben zu Ihrer Person und Tätigkeit

1. Wie alt sind Sie? _____ Jahre
2. Ihr Geschlecht? ☐ männlich ☐ weiblich
3. Sind Sie ☐ Facharzt? ☐ ja ☐ nein
→ Falls ja, seit wann? _____ Jahre
4. Welche medizinische Fachrichtung vertreten Sie?
☐ Neurologie ☐ Psychiatrie ☐ Andere: _____
5. In welchem Bundesland befindet sich Ihre Praxis? _____
6. Wie viele Einwohner hat die Gemeinde, in der sich Ihre Praxis/ die Klinik befindet?
☐ > 100.000 Einwohner ☐ 10.000 -100.000 Einwohner ☐ < 10.000 Einwohner
7. Sind Sie Mitglied eines Qualitätszirkels? ☐ ja ☐ nein
→ Falls ja, wie häufig nehmen Sie daran teil? ☐ vereinzelt ☐ regelmäßig
8. Sind Sie erfahren in der Behandlung von Parkinson-Patienten? ☐ ja ☐ nein
9. Wie viele Parkinson-Patienten behandeln Sie im Quartal?
☐ keine ☐ < 20 ☐ 20-40 ☐ > 40

II. Angaben zur Leitlinie Parkinson-Syndrome

10. Kennen Sie die Leitlinie Parkinson-Syndrome? ☐ Ja ☐ Nein
Falls ja, wenden Sie die Leitlinie Parkinson-Syndrome auch an?
☐ Ja, immer ☐ Ja, gelegentlich ☐ Nein → bitte weiter zu Frage 15
11. Wie nützlich ist die Leitlinie Parkinson-Syndrome für Ihre alltägliche Praxis?
☐ gar nicht nützlich ☐ wenig nützlich ☐ nützlich ☐ sehr nützlich
12. Wie hat sich bei Ihnen die Anwendung von der Leitlinie Parkinson-Syndrome insgesamt auf die Qualität Ihrer Behandlungen ausgewirkt?*
- ☐ kein Einfluss ☐ eine Verschlechterung ☐ ausgewogen ☐ eine Verbesserung
13. Was gefällt Ihnen an der Leitlinie Parkinson-Syndrome, dass Sie diese anwenden?
Bitte nennen Sie die Ihnen wichtigsten Vorteile in 1-3 Stichworten:

14. Welches sind Kritikpunkte an der Leitlinie Parkinson-Syndrome?
Bitte nennen Sie die wichtigsten Nachteile in 1-3 Stichworten:

15. Sollte es eine spezielle Leitlinienversion für Patienten geben?
☐ Ja ☐ Nein ⇒ Bitte wenden!

III. Angaben zur Einstellung gegenüber Leitlinien im Allgemeinen

16. Die Einstellung gegenüber Leitlinien ist höchst unterschiedlich. Wie ist Ihre Meinung?*

Stimme ich überhaupt nicht zu Stimme ich völlig zu

- | | ↓ | | | | ↓ |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Leitlinien stellen eine Art „Kochbuchmedizin“ dar. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Leitlinien sind dazu gedacht, die Behandlungsqualität zu verbessern. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Leitlinien schränken die benötigte Flexibilität für die individuelle Patientenversorgung zu sehr ein. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Leitlinien sind dazu gedacht, die Kosten im Gesundheitswesen zu senken. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Leitlinien beschränken die ärztliche Therapiefreiheit. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Leitlinien sind eine objektive Zusammenfassung des aktuellen Wissenstandes. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Leitlinien schränken das eigene Denken zu stark ein. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Leitlinien stellen einen bequemen Ratgeber dar. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Leitlinien werden die Häufigkeit von Regressansprüchen oder Disziplinarverfahren erhöhen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Leitlinien sind gute didaktische Mittel. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Leitlinien werden meist von Experten entwickelt, die nur wenig vom Praxisalltag verstehen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

17. Für wie wichtig halten Sie Leitlinien für das Treffen Ihrer medizinischen Entscheidungen im Vergleich zu anderen Informationsquellen? Bitte sortieren Sie nach der Reihenfolge (1-7).*

- | | |
|--|--------------------------|
| • Leitlinien | <input type="checkbox"/> |
| • Kongresse/Tagungen/Fortbildungen | <input type="checkbox"/> |
| • Diskussion/Austausch mit Kollegen | <input type="checkbox"/> |
| • Informationen der pharmazeutischen Industrie | <input type="checkbox"/> |
| • Qualitätszirkel | <input type="checkbox"/> |
| • Internet | <input type="checkbox"/> |
| • Fachzeitschriften/Fachbücher | <input type="checkbox"/> |

18. Die Anwendung von Leitlinien kann durch verschiedene Faktoren erschwert werden. Im Folgenden führen wir einige davon auf. Uns interessiert, wie problematisch sich diese für Sie darstellen.*

- | | Empfinde ich überhaupt nicht als Problem | ↓ | | ↓ | Empfinde ich als sehr großes Problem |
|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| • Mangelnde eigene Übereinstimmung mit den inhaltlichen Empfehlungen der Leitlinie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Mangelnde Aktualität der Leitlinien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Mangelndes Vertrauen in die Glaubwürdigkeit und Unabhängigkeit der Autoren der Leitlinien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Nutzerunfreundliche Formate | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Kosten für die Beschaffung von Leitlinien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Unklare juristische Position von Leitlinien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Mangelnder Bekanntheitsgrad vieler Leitlinien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Komplizierte Anwendbarkeit von Leitlinien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Widersprüchliche Leitlinien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Schwierigkeit, die eigenen Routinen und Gewohnheiten zu ändern | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Andersartige Vorstellungen von Patienten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Schwieriges Auffinden guter Leitlinien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Mangelnde Anreize zur Leitlinienanwendung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Zeitmangel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Mangelnde Vertrautheit mit den Leitlinieninhalten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit!

*Die Items sind dem LIMA-Fragebogen (Kunz, A. 2005) entnommen.

Philipps-Universität Marburg

Fachbereich Medizin



Klinik für Neurologie

Direktor: Prof. Dr. W. H. Oertel

Klinik für Neurologie, Rudolf-Bultmann-Straße 8, 35033 Marburg

Hausanschrift: Rudolf-Bultmann-Straße 8
35039 Marburg
Postanschrift: 35033 Marburg
Telefon: 06421 28-65272
Telefax: 06421 28-65308
E-Mail: wachs@med.uni-marburg.de
Internet: www.kompetenznetz-parkinson.de
Datum: 9. Mai 2007
Bearbeiter: Dr. Astrid Larisch



Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,
Sehr geehrte Damen und Herren,

Leitlinien in der Medizin sind ein kontroverses Thema, da sie in zunehmendem Ausmaß auch das ärztliche Handeln in der Klinik und Praxis beeinflussen.

Uns interessieren deshalb die Ansichten der stationär tätigen Ärztinnen und Ärzte. Es geht um Ihre Meinung, ganz gleich wie ihre Einstellung Leitlinien gegenüber ist. Dabei ist es unerheblich, ob Sie Leitlinien anwenden oder nicht.

Bei dieser Studie im Rahmen des Kompetenznetzwerks Parkinson handelt es sich um eine wissenschaftliche Untersuchung zur Akzeptanz und Einstellung gegenüber der Leitlinie Parkinson Syndrome und Leitlinien im Allgemeinen. Die Teilnahme an der Untersuchung ist freiwillig. Wir arbeiten gemäß den gesetzlichen Datenschutzbestimmungen, alle Ergebnisse werden anonymisiert dargestellt.

Bitte unterstützen Sie die Befragung und entscheiden sich für das Mitmachen im Sinne der Wissenschaft und zum Wohl Ihrer Patienten. Ein Freiumschatz für Ihre Rückantwort liegt bei. Selbstverständlich können Sie uns den Fragebogen auch gerne per Fax senden: Fax 06421/ 2865308.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit im Voraus!

Dr. Astrid Larisch, M.P.H.
Psychologin

Dr. Karl Eggen
Oberärztin

Prof. Dr. Wolfgang Oertel
Direktor der Klinik

Bei Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung (Tel. Dr. Larisch 06421/28-65455). Bei Interesse an den Studienergebnissen können Sie diese im Internet über unsere homepage abrufen: www.kompetenznetz-parkinson.de

LIMAH: Leitlinien in der Medizin – Ansichten Berliner Hausärzte

1. Die Einstellung gegenüber Leitlinien ist höchst unterschiedlich. Wie ist Ihre Meinung?

	Stimme ich überhaupt nicht zu				↓	Stimme ich völlig zu			
• Leitlinien stellen eine Art „Kochbuchmedizin“ dar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Leitlinien sind dazu gedacht, die Behandlungsqualität zu verbessern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Leitlinien schränken die benötigte Flexibilität für die individuelle Patientenversorgung zu sehr ein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Leitlinien sind dazu gedacht, die Kosten im Gesundheitswesen zu senken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Leitlinien beschränken die ärztliche Therapiefreiheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Leitlinien sind eine objektive Zusammenfassung des aktuellen Wissensstandes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Leitlinien schränken das eigene Denken zu stark ein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Leitlinien stellen einen bequemen Ratgeber dar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Leitlinien werden die Häufigkeit von Regressansprüchen oder Disziplinarverfahren erhöhen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Leitlinien sind gute didaktische Mittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Leitlinien werden meist von Experten entwickelt, die nur wenig vom Praxisalltag verstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Leitlinien werden immer wieder als (Teil)Lösung für verschiedene Probleme unseres Gesundheitssystems ins Gespräch gebracht. Allerdings gehen die Meinungen darüber auseinander, ob und wie stark die im Folgenden aufgeführten Probleme überhaupt existieren und ob Leitlinien tatsächlich dagegen helfen. Wie ist Ihre Meinung?

	Existiert dieses Problem?			Können Leitlinien dieses Problem lösen?	
	(eher) Nein ↓	(eher) Ja ↓		(eher) Nein ↓	(eher) Ja ↓
• Es bestehen Schwankungen in der Behandlungsqualität zwischen verschiedenen Ärzten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn (eher) Ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Im deutschen Gesundheitssystem gibt es ein Nebeneinander von Über/Unter/Fehlversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn (eher) Ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Die Qualität der gesundheitlichen Versorgung ist insgesamt gesehen verbesserungswürdig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn (eher) Ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Patienten werden nicht nach dem aktuellsten, wissenschaftlich begründeten Stand des Wissens behandelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn (eher) Ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Die Bedürfnisse und Einstellungen der Patienten werden nicht in dem Maße berücksichtigt, wie die Patienten es sich wünschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn (eher) Ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Es werden unnötige Kosten verursacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn (eher) Ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Die Öffentlichkeit ist nicht ausreichend über notwendige und allgemein übliche ärztliche Maßnahmen bei speziellen Gesundheitsrisiken und Gesundheitsstörungen informiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn (eher) Ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Für wie sinnvoll halten Sie Leitlinien im Vergleich zu anderen Informationsquellen für das Treffen Ihrer medizinischen Entscheidungen?

Andere Informationsquellen:	Leitlinien sind weniger sinnvoll	Beides ist gleich sinnvoll	Leitlinien sind sinnvoller
• Kongresse/Tagungen/Fortbildungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Diskussion/Austausch mit Kollegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Informationen der pharmazeutischen Industrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Klinische Erfahrungen mit Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Qualitätszirkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Eigene Literaturrecherche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Informationen von Fachgesellschaften/Berufsverbänden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Fachzeitschriften/Fachbücher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Wie hat sich bei Ihnen die Anwendung von Leitlinien insgesamt auf die Qualität Ihrer Behandlungen ausgewirkt?

Habe noch nie Leitlinien angewendet

☐ → weiter mit Frage 6

Leitlinien hatten überhaupt keinen Einfluß auf die Qualität der Behandlungen

☐

Insgesamt betrachtet hatten Leitlinien (eher) eine Verschlechterung der Qualität zur Folge

☐

Insgesamt betrachtet hatten Leitlinien (eher) eine Verbesserung der Qualität zur Folge

☐

Verschlechterung und Verbesserung glichen sich über alle Patienten hinweg in etwa aus

☐

5. a: Haben Sie auch in den letzten 6 Monaten Leitlinien angewendet? ☐ Ja

☐ Nein → weiter mit Frage 6



5. b: Welche konkrete(n) Leitlinie(n) haben Sie in den letzten 6 Monaten angewendet? (Bei mehr als 3 angewendeten Leitlinien tragen Sie bitte die 3 am häufigsten genutzten Leitlinien in die untenstehende Tabelle ein)

Erkrankung /Symptom	Herausgeber	Jahr des Erscheinens	geschätzte Anwendungshäufigkeit bei den Patienten mit der jeweiligen Erkrankung /Symptom (bitte entsprechendes ankreuzen)			eher bei leichten oder eher bei schwierigen Fällen? L=Leicht S=Schwer K=Kein Unterschied
			< 1/3	1/3 - 2/3	>2/3	
1)						
2)						
3)						

☐ Konkrete Angaben sind nicht möglich, weil:

→ weiter mit Frage 6

5. c: Falls Sie alle 3 Felder ausgefüllt haben: Wie viele Leitlinien haben Sie in den letzten 6 Monaten noch angewendet? _____

5. d: Was macht die von Ihnen in Frage 5b unter Position 1 genannte Leitlinie so gut, dass Sie diese anwenden? Bitte nennen Sie die Ihnen wichtigsten Vorteile, die diese Leitlinie auszeichnet in 1-3 kurzen Stichworten.

6. Gibt es spezielle Erkrankungen/Symptome, für die Sie bisher keine Leitlinien angewendet haben, aber für die Sie sich gute Leitlinien wünschen würden?

☐ Nein

☐ Ja

→ für welche Erkrankungen/Symptome: _____

7. Die Anwendung von Leitlinien kann (neben der grundsätzlichen Ablehnung von Leitlinien) durch weitere, verschiedene Faktoren erschwert werden. Im Folgenden führen wir einige davon auf. Uns interessiert, wie problematisch sich diese für Sie darstellen. Dies gilt wie immer unabhängig davon, ob Sie Leitlinien anwenden oder nicht.

	Empfinde ich überhaupt nicht als Problem				Empfinde ich als sehr großes Problem
	↓				↓
• Mangelnde eigene Übereinstimmung mit den inhaltlichen Empfehlungen der Leitlinie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Mangelnde Aktualität der Leitlinien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Mangelndes Vertrauen in die Glaubwürdigkeit und Unabhängigkeit der Autoren der Leitlinien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Nutzerunfreundliche Formate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Kosten für die Beschaffung von Leitlinien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Unklare juristische Position von Leitlinien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Mangelnder Bekanntheitsgrad vieler Leitlinien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Komplizierte Anwendbarkeit von Leitlinien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Widersprüchliche Leitlinien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Schwierigkeit, die eigenen Routinen und Gewohnheiten zu ändern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Andersartige Vorstellungen von Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Schwieriges Auffinden guter Leitlinien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Mangelnde Anreize zur Leitlinienanwendung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Zeitmangel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Mangelnde Vertrautheit mit den Leitlinieninhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Sollten Patienten und/oder Patientenvertreter an der Entwicklung von Leitlinien mitarbeiten?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Ist mir egal

9. Sollte es spezielle Leitlinienversionen für Patienten geben?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Ist mir egal

10. Leitlinien werden immer mehr nach den Prinzipien der Evidence-based Medicine (EbM) erstellt. Die Einstellung zu EbM ist aber sehr unterschiedlich. Wie ist Ihre Meinung?

☐ Der Begriff Evidence-based Medicine (EbM) sagt mir nichts → weiter mit Frage 11

Stimme ich überhaupt nicht zu

Stimme ich völlig zu

- | | ▼ | | | | | ▼ |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Leitlinien sollten grundsätzlich nach Prinzipien der EbM erstellt werden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Die Studiendaten, die für EbM benutzt werden, sind durch die Pharmazeutische Industrie zu ihren Gunsten beeinflusst | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Das Praktizieren von EbM verbessert die Behandlungsqualität | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • EbM führt bei den Erkrankungen, für die es keine Studiendaten gibt, zu einer Verschlechterung in der Patientenversorgung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Wenn ich die Garantie hätte, dass Leitlinien wirklich nach EbM-Kriterien erstellt werden, würde ich sie vermehrt anwenden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

11. Stimmen Sie mit der Haltung der ärztlichen Selbstverwaltung zum Thema Leitlinien überein?

- | | |
|--|--------------------------|
| Ja, denn deren ablehnende Haltung entspricht meiner Haltung | <input type="checkbox"/> |
| Ja, denn deren zustimmende Haltung entspricht meiner Haltung | <input type="checkbox"/> |
| Nein, denn deren Haltung ist mir zu ablehnend | <input type="checkbox"/> |
| Nein, denn deren Haltung ist mir zu positiv | <input type="checkbox"/> |
| Kenne deren Haltung nicht gut genug | <input type="checkbox"/> |

12. Mit ungefähr wie vielen Leitlinien haben Sie sich bisher inhaltlich auseinandergesetzt? _____ ☐ Keine

13. Welche Aspekte vermissen Sie generell bei Leitlinien?

Vermisse ich überhaupt nicht

Vermisse ich sehr

- | | ▼ | | | | | ▼ |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Angaben zur Lebensqualität | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Angaben zu den Kosten der Therapie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Vergleichende Darstellung mehrerer Therapieoptionen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Genaue Medikamentendosierungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Nichtmedikamentöse Alternativen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Angaben über die Wirksamkeit der Therapie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Alternative Medizin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

14. Haben Sie zu Hause oder in der Praxis Zugang zum Internet?

☐ Ja, Zuhause ☐ Ja, in der Praxis ☐ Ja, Zuhause und in der Praxis ☐ Nein → weiter mit Frage 17

15. Kennen und nutzen Sie die folgenden 2 Internetseiten?

Kennntnis

Nutzen

- | | Nein | Ja | | Nein | Ja |
|---|--------------------------|--------------------------|-----------|--------------------------|--------------------------|
| • http://www.AWMF-online.de | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | wenn Ja → | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • http://www.leitlinien.de | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

16. Welche anderen Internetseiten zum Thema Leitlinien nutzen Sie? ☐ Keine

17. Wie gut kennen Sie die folgenden Leitlinien/ Berichte?

Kenne ich überhaupt nicht

Kenne ich sehr gut

- | | ▼ | | | | | ▼ |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Leitlinien-Clearingberichte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Nationale Versorgungsleitlinien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

18. Verwalten Sie Ihre Patientendaten mittels einer elektronischen Patientenakte? ☐ Ja ☐ Nein → weiter mit Frage 20

19. Nehmen wir an, Sie könnten von der elektronischen Patientenakte mit einem Mausklick direkt auf den Abschnitt einer Leitlinie zugreifen, der Sie bei diesem Patienten mit seinen gegebenen Diagnosen interessiert. Was glauben Sie, welchen Einfluß dies auf Ihre Leitliniennutzung hätte?

Überhaupt keine Zunahme der Leitliniennutzung

☐☐☐☐☐

Sehr große Zunahme der Leitliniennutzung

20. Waren oder sind Sie Mitglied eines Qualitätszirkels?

☐ Ja → Haben Sie dort an der Entwicklung/Adaptierung einer Leitlinie mitgearbeitet?

☐ Ja ☐ Nein

☐ Nein

21. a: Wie gut fühlen Sie sich über die Aufgaben des ÄZQ (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, vormals Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung) informiert?

Überhaupt nicht informiert

☐☐☐☐☐

Sehr gut informiert

21. b: Ist Ihnen die oben angesprochene Umbenennung des ÄZQ in diesem Jahr zur Kenntnis gelangt? ☐ Ja ☐ Nein

22. Wie stehen Sie generell der Einrichtung eines zentralen Institutes gegenüber, das auf nationaler Ebene Leitlinien entwickelt?

Bin ich sehr dagegen

☐☐☐☐☐

Bin ich sehr dafür

23. Überwiegen Ihrer Einschätzung nach die Vorteile von Qualitätssicherungsprogrammen gegenüber den Nachteilen?

Nein

☐

eher Nein

☐

teils/teils

☐

eher Ja

☐

Ja

☐

Nun bitten wir Sie noch um ein paar allgemeine Angaben zu Ihrer Person:

24. Geschlecht und Alter : ☐ Weiblich

☐ Männlich

Alter:

25. In welchem Land haben Sie Ihr Medizinstudium begonnen?

vor Oktober 1990: ☐ ehemalige BRD ☐ ehemalige DDR ☐ Sonstiges Land: _____

ab Oktober 1990: ☐ Bundesrepublik Deutschland ☐ Sonstiges Land: _____

26. Anzahl der Jahre, die Sie nach Abschluß des Medizinstudiums bisher ärztlich tätig sind:

27. a: Zulassungsfachgebiet: ☐ Allgemeinmedizin ☐ Innere Medizin

☐ Praktischer Arzt/Ärztin ☐ Arzt/Ärztin

27. b: Facharzt/ärztin für, nur wenn vom Zulassungsfachgebiet abweichend: ☐ Innere Medizin ☐ Allgemeinmedizin
(Mehrfachantworten möglich)

☐ Sonstiges: _____

28. In welchem Bezirk liegt Ihre Praxis: ☐ Mitte ☐ Friedrichshain-Kreuzberg ☐ Pankow ☐ Spandau

☐ Steglitz-Zehlendorf

☐ Charlottenburg-Wilmersdorf

☐ Tempelhof-Schöneberg

☐ Neukölln

☐ Marzahn-Hellersdorf

☐ Lichtenberg-Hohenschönhausen

☐ Treptow-Köpenick

☐ Reinickendorf

29. Gesamtzahl aller in Ihrer Praxis tätigen Ärzte (Bitte zählen Sie sich selbst und ÄiP/AiP auch mit):

30. Sagen Sie uns bitte noch zum Abschluß, wie viele Kassenscheine pro Quartal Ihre Praxis ungefähr hat: _____

Herzlichen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens !

Bitte schicken Sie nun den Fragebogen im beigelegten Freiumschlag an uns zurück.

Interviewleitfaden

Angaben zur Person und Tätigkeit

1. Seit wie vielen Jahren sind Sie als stationärer/ niedergelassener Neurologe tätig?
2. Wie alt sind Sie? (Geschlecht)
3. In welchem Bundesland arbeiten Sie?
4. Wie hoch ist die Einwohnerzahl der Gemeinde, in der sich die Praxis/ Klinik befindet? (> 100.000, 10.000-100.000, <10.000)
5. Wie viele Kassenscheine pro Quartal hat ihre Praxis? (>500, 500-1000,>1000) (*Frage nur für Niedergelassene*)
6. Seit wie vielen Jahren haben Sie den Facharzt?
7. Sind Sie Mitglied eines Qualitätszirkels? Falls ja, wie häufig nehmen Sie daran teil? (regelmäßig/ vereinzelt)
8. Haben Sie Erfahrung mit der Behandlung von Parkinson-Patienten?
9. Wie viele Parkinson-Patienten behandeln Sie im Quartal? (keine, <20, 20-40, >40)

Kenntnis, Akzeptanz, Erfahrung und Umsetzung der Leitlinie

10. Wenden Sie Leitlinien (allgemein) an? Wenn ja, warum? Wenn nein, warum nicht?
11. Kennen Sie die Leitlinie Parkinson-Syndrome (LLPKS)? Falls ja, wenden Sie die LLPKS auch an? Woher kennen Sie diese Leitlinie und seit wann?
12. Wie nützlich ist die LLPKS für Ihre alltägliche Praxis? (Bei welchen Fragestellungen hilft Ihnen die Leitlinie besonders?)
13. Wie hat sich bei Ihnen die Anwendung der LLPKS insgesamt auf die Qualität Ihrer Behandlung ausgewirkt?

14. Was gefällt Ihnen an der LLPKS, dass Sie diese anwenden?
15. Welches sind Kritikpunkte an der LLPKS?
16. Erachten Sie Leitlinien als genauso wichtig wie klinische Eigenerfahrungen mit Patienten?

Analyse einer möglichen Leitlinienabweichung und deren Gründe

17. Gab es in Ihrem Praxisalltag schon Situationen, in denen Sie sich bewusst gegen die Anwendung einer Leitlinien-empfohlenen Maßnahme entschieden haben? Wenn ja, welche Situation, welche Erkrankung?
18. Vermissen Sie Aspekte, die in der LLPKS zusätzlich aufgeführt werden sollten (z.B. Angaben zu den Kosten der medikamentösen Therapie, Auflistung der Kontraindikationen und Nebenwirkungen, Angabe zur Lebensqualität des Patienten unter den erwähnten Therapien...)
19. Ist Ihrer Einschätzung nach die Durchführung/ Verwirklichung der LLPKS stationär leichter durchführbar als im ambulanten Bereich? (evtl. aufgrund einer engmaschigeren Kontrolle, einer größeren Bandbreite an diagnostischen Möglichkeiten?)

Praxisrelevanz, Form und Notwendigkeit der Adaptation der Leitlinie an die Praxisbedingungen

20. Wie relevant sind Leitlinien für Sie im Praxisalltag/ in der Patientenbehandlung?
21. Sind Leitlinien benutzerfreundlich/ bekannt genug/ kompliziert anzuwenden?
22. Stellen Leitlinien eine nützliche Hilfe dar? Dienen Leitlinien der besseren Orientierung?
23. Sind Leitlinien gute didaktische Mittel?

24. Gibt es widersprüchliche Leitlinien? Ist es schwierig, gute Leitlinien zu finden?
25. Werden Leitlinien nur von Experten entwickelt, die nur wenig vom Praxisalltag verstehen?
26. Bestehen genügend Anreize zur Leitlinienanwendung?
27. Besteht ausreichende Vertrautheit mit den Leitlinieninhalten?

Inwieweit haben Intuition und ein enges Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient Einfluss auf die Anwendung von Leitlinien?

Beeinflussen die Erwartungen, Wünsche und Beteiligung des Patienten die Therapie?

28. Wie viele Ihrer Patienten kennen Leitlinien (%)? (Wie viele Ihrer Patienten kennen die LLPKS?)
29. Mit welcher Einstellung begegnen Ihre Patienten Leitlinien?

(Gibt es besondere Offenheit bei bestimmten Krankheitsbildern bzw. gibt es besondere Skepsis bei bestimmten Erkrankungen?

Vertraut die Mehrzahl Ihrer Patienten eher auf eine bekannte Leitlinie oder auf Ihre persönliche Einschätzung und Kenntnis?)
30. Haben Sie Erfahrungen bezüglich der Patienten-Compliance bei der LLPKS?
31. Existieren andere Therapievorstellungen von Patientenseite her als in den Leitlinien vorgegeben?
32. Wenn Sie von einer Leitlinie überzeugt sind, inwieweit hat der Patient Einfluss auf Ihre Leitlinien-treue Behandlung?
33. Inwieweit erachten Sie ein vertrautes Arzt-Patienten -Verhältnis als erleichternd für die Durchsetzung einer Leitlinien-empfohlenen Therapie?

34. Sollte es mehr spezielle Leitlinienversionen für Patienten und die Öffentlichkeit geben?

Autonomie des Arztes (Werden Leitlinien als Einschränkung der persönlichen Handlungsfreiheit/ Therapiemöglichkeiten empfunden?)

35. Nichtanwender/ Anwender

36. Fühlen Sie sich durch Leitlinien/ LLPKS eingeschränkt? Wenn ja, wie, wodurch, worin?

Handlungs-/ Therapie-/ Entscheidungsfreiheit

Eigenes Denken

Flexibilität für die individuelle Patientenversorgung

37. Stellen Leitlinien für Sie eine Art „**Kochbuch-Medizin**“ dar?

38. Inwieweit verleiten Leitlinien zum **stereotypen Behandeln/ zur Bequemlichkeit**, sich selbst zu informieren?

39. Setzen Leitlinien den behandelnden Arzt unter **Druck**, nach dem vorgegebenen Schema zu behandeln? (Fühlen Sie sich durch Leitlinien zu einer bestimmten Therapie genötigt?)

40. Empfinden Sie Leitlinien als **Entlastung/ Halt** in der Behandlungs- und Therapieführung?

Auswirkungen der Regelungen zum wirtschaftlichen Verschreiben, Fragen zum Zeitbudget, zur Praxisorganisation und zum Fortbildungsbedarf in Bezug auf die Leitlinie

41. Senken Leitlinien in Ihren Augen unnötige **Kosten im Gesundheitswesen**?

42. Vermeiden sie überholte, **veraltete medizinische Maßnahmen**?

(Belasten Leitlinienanwendungen Ihr Praxisbudget oder helfen Sie Ihnen, Kosten einzusparen?)

43. Gibt es Erkrankungen, zu denen es noch keine Leitlinien gibt und Sie sich welche wünschen?

(Möchten Sie noch mehr Leitlinien kennenlernen?)

44. Dienen Leitlinien der **Information der Öffentlichkeit** über nötige und übliche medizinische Maßnahmen bei speziellen Gesundheitsrisiken und Störungen?

(Sollten Leitlinien mehr bekanntgemacht werden?)

Originalmitschrift eines Interviews:

I: „... vielleicht sagen Sie erstmal, wie alt Sie sind und seit wie vielen Jahren Sie den Facharzt haben, wenn Sie den schon haben...“

A: „Ich bin noch kein Facharzt.“

I: „Mmmh, gut. Wie hoch ist die Einwohnerzahl der Gemeinde, in der sich Ihre Klinik befindet? Sind es eher über 100.000, sind es 10.000 bis 100.000 oder unter 10.000?“

A: „10.000 bis 100.000“.

I: „Sind Sie Mitglied eines Qualitätszirkels?“

A: „Nein.“

I: „Haben Sie Erfahrung mit der Behandlung von Parkinson-Patienten und wie viele Parkinson-Patienten behandeln Sie im Quartal?“

A: „Mmh, Erfahrung mit Parkinson-Patienten schon, im Quartal etwa sieben bis zehn.“

I: „Gut, jetzt geht es um die Kenntnis und Akzeptanz von Leitlinien. Wenden Sie Leitlinien an und wenn ja, warum?“

A: „Leitlinien werden hier eigentlich regelmäßig angewendet, mmh, einfach weil es standardisierte Behandlungsaspekte darstellt, die halt im Endeffekt den aktuellen Stand der Behandlung darstellen, ja und weil sie einfach sinnvoll sind anzuwenden. Man kann Ergebnisse vergleichen, Gruppen kontrollieren...“

I: „Kennen Sie die Leitlinie Parkinson-Syndrome?“

A: „Ja schon, also es ist ja hier --- als Chef, man kennt die natürlich und wir haben auch alle dieses Buch über die Leitlinien und sie werden eigentlich regelmäßig angewendet.“

I: „Gut, dann ergibt sich schon die Frage, dass Sie die Leitlinie wahrscheinlich hier durch Ihren Chef kennen und dass Sie die Leitlinie auch regelmäßig anwenden. Vielleicht können Sie noch einmal kurz darauf eingehen, wie nützlich die Leitlinie Parkinson-Syndrome für Ihre alltägliche Praxis ist und bei welchen Fragestellungen Ihnen die Leitlinie besonders hilft.“

A: „Nützlich würde ich sagen, sehr nützlich, weil man halt für jeden Patienten nachschauen kann, altersentsprechend, je nachdem, wie fange ich an mit der

Therapie, wo muss ich drauf achten und besonders nützlich würde ich jetzt sagen..., da ist nichts, was jetzt besonders heraussticht, sondern nützlich sind sie einfach für die gesamte Therapie bei Patienten, die neu eingestellt werden aber auch, wenn Komplikationen auftreten, wie man es dann variieren kann.“

I: „Wie hat sich bei Ihnen die Anwendung der Leitlinie Parkinson-Syndrome insgesamt auf die Qualität Ihrer Behandlung ausgewirkt? Können Sie dazu etwas sagen?“

A: „Ist für mich schwierig, weil wir die Patienten ja hier nur stationär haben und ambulant werden sie dann meist in der Ambulanz von --- der so weiter betreut. Aber was man so mitkriegt, weil auch --- hier auf Station ist, glaube ich, dass die im Schnitt für die Patienten hilfreich sind, weil die Patienten besser behandelt werden und dass alle eigentlich davon profitieren.“

I: „Gibt es auch Kritikpunkte an der Leitlinie?“

A: „Es gibt Leute, die sagen, dass Leitlinien ein sehr starres Konzept darstellen, das den Arzt in Schienen einbringt. Ich glaube selber, dass wäre gar nicht mein Kritikpunkt. Ich finde sie eigentlich sehr hilfreich. Schwierig ist es manchmal, wenn so vage formuliert wird oder einfach irgendwelche Sachverhalte nicht ganz eindeutig dargestellt sind, dann sollte man entweder sagen, man weiß es nicht und es offen lassen oder halt man weiß es doch und ein bisschen genauer formulieren.“

I: „Erachten Sie Leitlinien als genauso wichtig wie Ihre klinische Erfahrung mit den Patienten?“

A: „Die klinische Erfahrung ist glaube ich das Wichtigste, aber in der Behandlung ist dann nach der klinischen Erfahrung sicherlich die Leitlinie das Wesentlichste, an dem man sich orientiert.“

I: „Also kommt die Leitlinie sozusagen an zweiter Stelle?“

A: „Ja.“

I: „Ok. Gab es in Ihrem Praxisalltag schon Situationen, in denen Sie sich bewusst gegen eine leitlinienempfohlene Maßnahme entschieden haben und wenn ja, was war das für eine Situation? Welche Erkrankung?“

A: „Das war mal `ne Diskussion bei einer Meningitis - das war `ne Oberarzt-Entscheidung gegen `ne Dreifach-Antibiose, die eigentlich nach Leitlinie hätte gegeben

werden müssen. Aber bei Parkinson, eigentlich nicht, da das ja durch --- mit betreut wird, sind die alle, denk ich, Leitlinien-gerecht behandelt.“

I: „Vermissen Sie Aspekte, die in der Leitlinie Parkinson-Syndrome zusätzlich aufgeführt werden sollten, vielleicht Angaben zu den Kosten der medikamentösen Therapie oder Kontraindikationen und Nebenwirkungen von Medikamenten oder vielleicht auch Angaben zur Lebensqualität des Patienten unter den erwähnten Therapien?“

A: „Manchmal sinnvoll ist bestimmt die Angabe der Kosten, einfach weil, also, je höher die Kosten, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit, dass das im ambulanten Bereich weiter so gemacht wird. Das wäre sicherlich in mancherlei Hinsicht hilfreich. Trotzdem würde man ja hier in dem Haus von --- trotzdem es so machen wie die Leitlinie es so vorgibt. Ansonsten..., die Nebenwirkungen der Medikamente, da gibt's `ne ganz gute Übersicht..., ich glaube von ---, sogar in so `nem anderen Lehrbuch, also wüsste ich, wo ich die finden würde. Das gehört eigentlich nicht wirklich in ne Leitlinie.“

I: „Also vermissen Sie eigentlich nichts an der Leitlinie... Mmmhh, ja gut. Ist Ihrer Einschätzung nach die Durchführung und Verwirklichung der Leitlinie stationär leichter durchführbar als im ambulanten Bereich? Vielleicht aufgrund einer engmaschigeren Kontrolle oder größerer Bandbreite an diagnostischen Möglichkeiten?“

A: „Na stationär haben wir den Vorteil, dass wir uns in Ruhe überlegen können, was der Patient hat, wir haben Zeit das nach zu lesen, wir können auf den konkreten Fall eingehen, weil der Patient...- die sind ja hier alle mindestens `ne Woche, eher zehn Tage bei Parkinson und das ist im ambulanten Bereich anders. Ein Hausarzt hat eben nicht so die Zeit, der muss die entweder im Kopf haben oder halt... muss er so gut sein, dass er direkt weiß, wo er das Gesuchte nachlesen muss, deswegen glaube ich ist es stationär einfacher anzuwenden, ja.“

I: „Also Sie meinen, dass die Zeit dabei eine Rolle spielt, dass man stationär mehr Zeit hat.“

A: „Ja.“

I: „Aber sonst..., weil wenn der der Hausarzt die Leitlinie im Buch hat, kann er ja auch nachgucken und sich informieren...“

A: „Aber er hat ja pro Patient, was weiß ich, nur zwanzig Minuten und bis der den anamnestiziert und untersucht hat, denke ich, dass es für uns auch, wenns` immer

heißt, im Krankenhaus ist viel Druck und so, ich glaube unterm Strich haben wir einfach mehr Zeit für den Patienten.“

I: „Ok, gut. Ja, also Sie haben schon gesagt, dass Leitlinien für Sie im Praxisalltag sehr relevant sind. Sind Leitlinien benutzerfreundlich und bekannt genug oder sind sie kompliziert anzuwenden?“

A: „Mmhh, das kommt, glaube ich sehr auf die Leitlinie an und wer sie geschrieben hat. Es gibt Leitlinien, die sind relativ gut strukturiert, leicht anwendbar. Kopfschmerzen zum Beispiel war so eine, Parkinson gehört auch dazu, es gibt andere... Es gab mal, ich weiß nicht mehr welche, aber ich hatte auch schon welche, wo ich dachte, die sind ein bisschen schwierig jetzt in die Praxis umzusetzen. Bekannt an der Uni sind Leitlinien in der Regel durch Studien, mmhh, ich glaube in der hausärztlichen Versorgung, also beim Praktiker, ist es nicht so bekannt, wie man es annimmt allgemein. Also ich glaube, es ist da schon weniger häufig der Fall.“

I: „Sind Leitlinien Ihrer Meinung nach gute didaktische Mittel?“

A: „Eh, im Sinne von für Unterrichten, also ich meine gute didaktische Mittel?“

I: „Ja.“

A: „Nein. Ich glaube, wenn ich jemandem was beibringen will, ist es wichtig, dass er ein Konzept versteht und dafür ist die Leitlinie völlig irrelevant. Das ist ja einfach nur maßgeblich auf die Therapie einer Erkrankung aus, aber gerade so beim Medizinstudium ist es viel wichtiger, dass man erstmal einen Patienten mit Parkinson sieht, die klassischen Symptome weiß, oder ein Gefühl dafür kriegt, dass es ein Parkinson ist, ist es eher ein atypischer Parkinson oder was könnte es noch alles sein und die Differentialdiagnose lernt, weil die Leitlinie, die ist für den Unterricht, glaube ich eher nicht geeignet. Ich würde sie nicht einsetzen im Studentenunterricht.“

I: „Ist es schwierig, gute Leitlinien zu finden - jetzt allgemein?“

A: „Es gibt in der Neurologie eigentlich - also, da werden ja jährlich die Leitlinien irgendwie aktualisiert und da gibt es auch für alle Themen Leitlinien, also da ist es einfach. Bei den Internisten ist es manchmal schwierig, weil das ist einfach die Bandbreite des Gebiets, da gibt es einfach nicht für alles irgendwelche Leitlinien.“

I: „Kennen Sie widersprüchliche Leitlinien?“

A: „Widersprüchlich direkt nicht. Es gibt Leitlinien, die irgendwie im Text sagen, das könnte man so oder so machen und unterm` Strich rauskommt, dass eigentlich beides machbar ist und es dann einfach egal ist, die des halt nicht so konkretisieren, weil es aber einfach evidenz-abhängig ist, aber dass sie sich widersprechen - wäre mir jetzt noch nicht aufgefallen.“

I: „Werden Leitlinien von Experten entwickelt, die nur wenig vom Praxisalltag verstehen?“

A: „--- ist glaube ich das lebende Gegenbeispiel, der ist ja, zumindest was Parkinson angeht ja einer der ausgewiesendsten Experten in Deutschland und ist ja mit an der Leitlinie beteiligt gewesen, von daher - ich glaube, das ist ein Vorurteil!“

I: „Bestehen genügend Anreize zur Leitlinienanwendung?“

A: „Na, ich denke, also mein Anreiz ist es, dass ich damit eine gescheite Patienten-Versorgung erreichen kann und das ist für mich Anreiz genug. Ich bin noch Berufsanfänger, also wenn man da noch nicht richtig das Gefühl für hat, man zwar weiß, was man anwenden kann, da ist eine Leitlinie sehr hilfreich. Also ich mache das immer, eigentlich.“

I: „Besteht auch bei Ihren Kollegen - was haben Sie für einen Eindruck – ausreichende Vertrautheit mit Leitlinien - Inhalten?“

A: „Hier denke ich schon, weil einfach Aktualisierungen von Leitlinien auch in der Mittagskonferenz vorgetragen werden, sodass man sich da regelmäßig einen Kopf drüber machen muss, das denke ich schon.“

I: „Ja, jetzt geht es ein bisschen um Ihre Patienten. Wie viele Ihrer Patienten kennen Leitlinien? Können Sie da vielleicht eine Prozentangabe machen oder wissen Sie es nicht?“

A: „Ich würde schätzen weniger als ein Viertel, aber das ist nur Bauchgefühl.“

I: „Und wie viele kennen die Leitlinie Parkinson-Syndrome?“

A: „Maximal zehn Prozent vielleicht.“

I: „Ok. Haben Sie schon mal eine Einstellung von Patienten gehört gegenüber Leitlinien?“

A: *(schüttelt Kopf)*

I: „Noch gar nicht?! Ja, dann kann ich mir die anderen Fragen zu diesem Themengebiet sparen...“

A: „Es gibt natürlich Patienten, die fragen, nach welchen Kriterien behandeln Sie mich. Dann erklärt man denen halt das Prinzip von Leitlinien, aber die Leute gucken einen dann halt an und ... das ist aber interessant, also ich habe noch nie einen gehört, der wirklich gesagt hat: wie sieht die Leitlinie aus oder ich hab` da was gehört!“

I: „Aber oft ist es ja so, dass heutzutage die Patienten sich über das Internet unheimlich gut schon informiert haben über ihre Erkrankung und oft kennen sie ja dann schon so ein bisschen die Behandlungsschemata... Dass sie jetzt genau die Leitlinie kennen meine ich nicht, aber sie wissen schon genau Bescheid und fragen dann ja auch gezielt nach.“

A: „Ja, das gibt's schon, aber jetzt speziell im Parkinson-Gebiet hatte ich da jetzt noch nicht so viele Leute. Also, vielleicht einen oder so jetzt in den sieben Monaten für mich...“

I: „Gut, ja, dann haben Sie wahrscheinlich auch keine Erfahrung bezüglich der Patienten-Compliance bei der Leitlinie Parkinson-Syndrome? Wenn Sie die Patienten nach der Leitlinie behandeln, ob die Compliance dann besonders gut ist oder wenn Ihre Patienten die Leitlinie ja sowieso nicht kennen...“

A: „Wir beobachten, dass wenn die aufgeklärt worden sind über Therapie, dass die dann schon relativ complianed sind, weil die dann halt, wenn sie wiederkommen, dann... dann weil es irgendwelche Schwierigkeiten mit der Medikation oder ähnlichem gegeben hat, aber eher weniger, weil sie nicht complianed gewesen sind. Also, das denke ich schon... Ich glaube nicht, dass das daran liegt, dass sie wissen, ob sie nach Leitlinie behandelt werden oder dass sie wissen, dass sie hier nach dem Standard behandelt werden.“

I: „Wenn Sie von einer Leitlinie überzeugt sind, inwieweit hat der Patient Einfluss auf Ihre leitlinientreue Behandlung?“

A: „Wenn der Patient eine Behandlung nicht verträgt oder einfach, also einfach klinisch offensichtlich ist, dass die Leitlinie die Situation nur verschlechtert, dann ist es natürlich so, dass die Klinik in jedem Fall gewinnt. Dann müsste man was anderes machen, aber ansonsten, wenn er das Ganze gut verträgt, dann finde ich, ist die Leitlinie der Standard.“

I: „Inwieweit erachten Sie ein vertrautes Arzt-Patient-Verhältnis als erleichternd für die Durchsetzung einer leitlinienempfohlenen Therapie?“

A: „Na ja, das ist ja eigentlich immer erleichternd für alle, dass man den Patienten vorher... wenn man ein gutes Verhältnis zu dem Patienten hat, dann hat er mehr Verständnis, er hat ein größeres Vertrauen und darauf allein baut er seine Compliance dann auf.“

I: „Sollte es Ihrer Meinung nach mehr spezielle Leitlinien-Versionen für Patienten und die Öffentlichkeit geben?“

A: „Mmhh, so Checklisten vielleicht, so Dinge wie : <<Wenn Sie zu Ihrem Arzt gehen, achten Sie da und da drauf, weil da und daran erkennen Sie, ob der sich adäquat fortbildet>>. Das ist, glaube ich, sinnvoll. Also gerade weil halt so im Hinterland häufig auch Leute einfach ältere Semester sind, die sich einfach nicht mehr regelmäßig fortbilden müssen, das wird ja in Deutschland auch nicht so konsequent gefordert, wie das in den USA der Fall ist. Und da denke ich macht das schon manchmal Sinn, wenn ein Patient mit so `ner Leitlinie dahin kommt und sagt: <<Pass mal auf, ich habe hier das und das gelesen, kennen Sie das eigentlich>> und, das denke ich schon. Spezielle Leitlinien sind, glaube ich, einfach zu viel, weil es in der Regel über das Verständnis von Patienten hinausgeht.“

I: „Sie meinen, dass der Patient so ein Schema hat und damit zu Hausarzt geht und dem so ein bisschen auf die Sprünge hilft...“

A: „Ja. Ob er das eigentlich kennt und er hätte das hier so und so gelesen und das wäre jetzt herausgegeben worden von so einer Parkinson-Gesellschaft, ob das denn seiner Meinung nach auch für ihn zutrifft, genau...“

I: „Also, Sie sind Anwender der Leitlinie Parkinson-Syndrome. Fühlen Sie sich durch die Leitlinie eingeschränkt und wenn ja, wie, wodurch oder worin? Zum Beispiel in Ihrer Handlungs- oder Therapie- oder Entscheidungsfreiheit, im eigenen Denken oder in ihrer Flexibilität für die individuelle Patientenversorgung?“

A: „Eine Leitlinie schränkt ja in sofern ein, als dass sie halt in bestimmten Situationen eine bestimmte Behandlung vorgibt, mmhh, was aber nicht heißt, dass ich aufhöre zu denken und ich muss halt bis dahin ja das ganze selber machen, ich muss mir dann schon überlegen, welcher Teil passt hier jetzt eigentlich und im Verlauf dann nochmal abwägen, ob das jetzt bei ihm auch so richtig ist. Von daher glaube ich nicht, dass man

entmündigt wird, sondern ich denke halt eher, dass es ein Qualitätsmerkmal ist, wenn man einen Patienten konsequent danach behandelt, weil es halt letztlich den aktuellsten Stand der Forschung darstellt, den man dem Patienten bieten kann, von daher ist es natürlich eine Einschränkung, weil es gewisse Vorgaben macht. Trotzdem ist es ja so, dass wenn ein Patient es nicht verträgt, ein Patient es jetzt gar nicht wünscht oder so, dass man dann nicht gezwungen ist. Es gibt ja kein Gesetz, was sagt, das muss man so machen, sondern dann kann man ja trotzdem abweichend davon irgendwelche Therapien einleiten.“

I: „Stellen Leitlinien für Sie eine Art „Kochbuchmedizin“ dar?“

A: „Aus dem eben gesagten sollte eigentlich hervorgehen, dass es eher nicht der Fall ist, also nein.“

I: „Also verleiten Leitlinien auch nicht zum stereotypen Behandeln oder zur Faulheit sich selbst zu informieren?“

A: „Na ja, die Leitlinien werden alle Nase lang aktualisiert, so dass man halt sich in jedem Fall informieren muss über das, was sich ändert... Es kann manchmal zu einer gewissen Passivität kommen, aber das ist einfach Routine, die man aber auch kriegt, wenn man den Patienten wild nach seinen eigenen Schemata behandelt.“

I: „Können Leitlinien den behandelnden Arzt unter Druck setzen - können Sie sich das vorstellen – nach diesen Schemata zu behandeln?“

A: „Da es kein Zwang ist, finde ich eigentlich nicht, weil man ja jederzeit die Möglichkeit hat zu sagen, das passt jetzt ja nicht oder es gibt Gründe, warum ich das jetzt nicht mache, es ist ja keine Verpflichtung, sondern eigentlich ja nur eine Therapieempfehlung.“

I: „Also empfinden Sie Leitlinien auch als Entlastung bzw. Halt in der Behandlungs- und Therapieführung?“

A: „Klar.“

I: „Gut, jetzt geht es nochmal allgemein um Auswirkungen der Regelungen zum wirtschaftlichen Verschreiben oder Fragen zum Zeitbudget. Senken Leitlinien in Ihren Augen unnötige Kosten im Gesundheitswesen und vermeiden sie überholte, veraltete medizinische Maßnahmen?“

A: „Wenn sie konsequent angewandt werden, dann vermeiden sie sicherlich unnötige medizinische Maßnahmen, dass es unbedingt zu einer günstigeren Therapie führt ist ja eher nicht der Fall, weil wenn man Leitlinien anwendet, man ja eher an der vordersten Front des Geforschten sich befindet und dann sind das häufig patentgeschützte Medikamente, die man einsetzt. Von daher besteht hier eher die Gefahr, dass es teurer wird, dass auch der Einfluss der Pharmaindustrie einen größeren Gewinn kriegt, klar, also es gibt für die einfach mehr Geld, deswegen sind die ja da ganz besonders hinterher, ich meine, das hier ist ja auch von --- gesponsert, die halt irgendwelche Parkinson-Medikamente rausgeben und froh sind, wenn es angewendet wird. Von daher, das glaube ich schon, dass da so ein bisschen... man vorsichtig sein muss.“

I: „Gibt es Erkrankungen, zu denen es noch keine Leitlinien gibt und Sie sich welche wünschen?“

A: „Ich bin ja noch nicht so lange in der Neurologie, aber das, was ich bislang gesehen habe an Erkrankungen gibt es auch für alles Leitlinien, an denen man sich orientieren kann. Also ich habe heute irgendwelche seltenen Kopfschmerz-Syndrome gesucht, aber auch die waren da kodiert, also nicht kodiert, aber die waren da verpackt. Haben wir hier halt zwei Experten auf Station, die eigentlich die Leitlinien so vertreten...“

I: „Möchten Sie noch mehr Leitlinien kennenlernen?“

A: „Also ich hoffe doch, dass ich im Laufe meiner Zeit noch ein paar mehr kennenlernen, also weil man einfach an Erkrankungen gerät, die man bis jetzt noch nicht gesehen hat, weil auch immer neue Leitlinien rausgegeben werden, glaube ich, dass das zwangsläufig passiert.“

I: „Ja, dann bin ich jetzt auch schon fast am Ende... Dienen Leitlinien der Information der Öffentlichkeit über nötige und übliche medizinische Maßnahmen bei speziellen Gesundheitsrisiken und Störungen?“

A: „Ich glaube nicht. Also, dafür ist mehr die Hausarztinformation, die Propaganda untereinander, ich glaube, dass wenig Leute wirklich Leitlinien lesen. Was Patienten machen, ist im Internet lesen, gucken, was ist so der Standard und gezielt dann danach fragen, aber dass die so richtig wissen – Leitlinie, oh da steht jetzt drin, bei Parkinson mache ich die und die Untersuchung und die Therapie kriege ich dann in dem und dem Fall - das habe ich noch nicht erlebt. Ich weiß Patienten wenn sie kommen sagen: <<Och, ich habe hier so ein Zittern, könnte das ein Parkinson sein, können Sie mal schauen und habe da irgendwo gelesen, da gibt's so spezielle SPECT-

Untersuchungen, machen Sie die hier auch?>> oder so. Ich habe noch nie einen erlebt, der gesagt hat: <<Ok, ich brauche jetzt das SPECT und das SPECT, weil ich glaube, dass es das und das ist.>> Also, ich glaube für die Information der Öffentlichkeit sind solche Selbsthilfegruppen und Informationsveranstaltungen von Kassen und hier von den Universitätskliniken viel sinnvoller und hilfreicher.“

I: „Also sollen die Leitlinien Ihrer Meinung nach auch nicht mehr bekannt gemacht werden unter Patienten?“

A: „Na ja, es ist schon sinnvoll, wenn Patienten von Leitlinien wissen, wenn Patienten wissen, das ist der Therapiestandard, an dem sich der Arzt orientieren sollte, weil sie dann halt gezielt auch ihren Hausarzt fragen können, ob er die und die Leitlinie kennt, ob er sie anwendet, ob er sie gut findet und halt nicht mehr so unmündig dasteht. Ich glaube schon, dass das sinnvoll wäre. Bekannt machen sollte man die in jedem Fall.“

I: „Vielen Dank für das Gespräch“

Die Nummerierung entspricht den Leitfadenfragen (Seite 82-86)

Die orange markierten Fragen und Aussagen beziehen sich speziell auf die Leitlinie Parkinson-Syndrome

10.		11.	12.	13.
Anwendung von LL allg. (Ja/ Nein, warum)		Kenntnis und Anwendung	Nützlichkeit	Auswirkungen
S1	Ja, regelmäßig, weil: Standardisierte Behandlungsaspekte, aktueller Stand, Vergleiche, Kontrolle von Gruppen, sinnvoll	Kenntnis durch Chef, Anwendung: Regelmäßig	Sehr nützlich	Keine Informationen, aber bestimmt hilfreich für Patienten, Patienten profitieren
S2	Ja, regelmäßig, weil: Goldstandard, empfohlen von DGN, juristische Absicherung	Kenntnis seit 3 Jahren durch DGN (Internet) und Chef, Anwendung: Regelmäßig	Sehr nützlich (besonders bei Einordnung des Pk-Syndroms in typisch/ atypisch)	Keine Informationen
S3	Ja in Abhängigkeit von Aktualität, weil: Guter Überblick über wichtige Therapieaspekte, besonders bei seltenen Erkrankungen	Kenntnis seit 2 Jahren durch DGN Anwendung: Ja	Nützlich für schnellen Überblick für Behandlungsvorschrift	Keine Informationen
S4	Ja, z.B. die Schlaganfall-LL, weil: Neueste Studienergebnisse, enthält alle wichtigen Differentialdiagnosen, wenig finanzieller Aufwand	Kenntnis seit 2003, weil im Hause geschrieben, Anwendung: Ja	Nützlich	Keine Informationen
Bilanz	Alle LL-Anwender	Kenntnis seit 2-3 J. durch Chef und DGN	Nützlich	Keine Informationen
N5	Ja, grundsätzlich, weil: Man hat sich Gedanken gemacht, Ärzten wird das Leben leichter gemacht im Umgang mit Problemen	Kenntnis seit 4 Jahren durch DGN-Homepage Anwendung: Ja	Bei besonderen Fragestellungen: Halluzinationen, die bei Parkinson-Medikamenten auftraten (was sollte zuerst abgesetzt werden)	Keine Informationen
N6	Ja, weil: Klare therapeutische Maßnahmen in Absprache mit klinischen Kollegen	Kenntnis seit Anfang 2006 durch Veröffentlichung von Oertel & Diener, Anwendung: Ja	Nützlich	Nur bedingt Rückmeldungen (positiv)
N7	Ja, weil: Neue Orientierung für Behandlung und Diagnostik	Kenntnis seit 2 Jahren Anwendung: Ja	Nützlich für besondere Fragestellungen in Diagnostik und Therapie	Keine Informationen

N8	Nein, noch nie, weil: Nebenwirkungen und Dosierungen kommen zu kurz in den LL, fehlende Angaben zu Kosten und Lebensqualität, keine Summation auf eine LL möglich, Medikamentenverträglichkeit und Krankheitsbilder sind oft verschieden (besonders bei Parkinson)	Keine Kenntnis, keine Anwendung	Nicht nützlich	-
Außer N8	Fast alle LL-Anwender (außer N8)	Fast alle Kenntnis seit 2-4 J. durch DGN & Oertel	Nützlich	Wenig Informationen

14.		15.	16.	17.	18.
Positives		Kritikpunkte	Vergleich zu klinischer Eigenerfahrung	Situationen mit Entscheidung gegen LL-empfohlene Maßnahmen	Was fehlt?
S1	Hilfreich bei Neueinstellungen, Komplikationen, altersentsprechender Medikation, Medikamentenvariationen	Starres Konzept, vage Formulierungen, Uneindeutigkeiten	Klinische Eigenerfahrung ist wichtiger als LL (LL an 2. Stelle)	Diskussion bei Meningitis-Fall (Entscheidung gegen dreifach-Antibiose, die LL-treu gewesen wäre)	Kostenangaben
S2	Strukturiert, aktuell, Überblick über wichtigste Therapieempfehlungen, Einordnung der Validität der Therapieempfehlungen	Fehlende häufige Aktualisierungen	Klinische Eigenerfahrung ist wichtiger	Apoplex bezüglich Marcumar-Behandlung (öfter Entscheidung dagegen aufgrund des schlechten Allgemeinzustandes des Pat.)	Nebenwirkungen, Kosten für niedergelassene Kollegen
S3	Übersichtlich gegliedert, wichtigste Therapieaspekte	Nicht-motorische Störungen fehlen, nicht immer aktuell	Bei seltenen Erkrankungen haben LL den gleichen Stellenwert wie klinische Eigenerfahrungen, sonst stehen LL an 2. Stelle	Keine bekannte Situation (eine LL-Abweichung sollte erfolgen, wenn Pat. Probleme hat, die in der Leitlinie nicht berücksichtigt werden)	Nichts
S4	Medikamenten-Dosierungen (Aufdosierungsschemata), UPDRS-Skalen gebrauchbar, differentialdiagnostisches Vorgehen, Therapieprobleme werden beschrieben	Große Fülle an Informationen, man schleust Patient standardisiert durch	LL sind genauso wichtig wie klinische Eigenerfahrungen (Erfahrung ist nur Momentaufnahme LL sind Studienergebnisse)	Wenn man andere Erkrankungen mitberücksichtigen muss (z.B. Aspirin und Plavix nicht gleichzeitig geben)	Nichts
			Klin. Eigenerfahrung ist wichtiger		Kosten, NW
N5	Klar strukturiert, klare Antworten auf häufige Fragen (z.B. Medikamente-was wann/	Keine	LL sind genauso wichtig wie klinische Eigenerfahrungen	Essentieller Tremor	Angaben zur LQ

	diagnostische Kriterien/ altersspezifische Medikation/praktische Ratschläge)				
N6	Behandlungshinweise, eigene Absicherung, medikamentöse Neueinstellung & nützlich bei Komplikationen und Fluktuationen, zusätzliche therapeutische Maßnahmen, strukturiert und praxisorientiert	Keine	LL sind genauso wichtig wie klinische Eigenerfahrungen	Keine	Kostenergänzung
N7	Klare Struktur, nimmt Stellung zu aktuellen Problemen, knapp und umfassend	Keine	Klinische Eigenerfahrungen sind wichtiger	Keine	Kosten und Nützlichkeit
N8	Nichts	Einschränkung der ärztlichen Freiheit, Individualität des Pat. geht verloren, keine geringe Dosierung möglich, Pat. wird nicht ernst genug genommen und seine persönlichen Behandlungswünsche werden nicht berücksichtigt	Klinische Eigenerfahrungen sind wichtiger	Entscheidung nach eigener Erfahrung und nie nach LL	-
		Keine	2:2	Ess. Tremor, keine	LQ, Kosten, Nutzen

19.		20.	21.	22.	23.
Durchführung/ Verwirklichung		Praxis- relevanz	Benutzer- freundlichkeit, Bekanntheit, Anwendung	Hilfe, Orientierung	Didaktische Mittel
S1	Stationär ist LL leichter durchführbar, da mehr Zeit vorhanden ist (mindestens 10 Tage, Eingehen auf Pat. einfacher)	Sehr relevant	Kommt auf LL an (z.B. Kopfschmerz-LL ist gut), bekannt sind LL eher an Uni durch Studien, nicht so sehr bei Hausärzten	Ja	Keine guten didaktischen Mittel (irrelevant für das Beibringen, wichtig für Therapie)
S2	Stationär ist LL leichter durchführbar, da spezielle Diagnostik und Therapieverfahren (z.B. SPECT, L-Dopa-Test, Apomorphin-Test) möglich sind, Niedergelassener hat höheren Zeit- und Kostendruck	Sehr relevant (Grundlage und Struktur für Behandlung)	Benutzerfreundlich und unkompliziert	Ja	LL kann Lehrbuch nicht ersetzen
S3	Stationär ist LL leichter durchführbar aufgrund besserer und einfacherer Diagnostik (sonst genauso gut anwendbar im ambulanten Bereich)	Sehr relevant	Benutzerfreundlich	Ja	Gut für groben Überblick
S4	Stationär ist LL besser durchführbar, da Pat. im Verlauf beobachtet wird, mehr diagnostische Möglichkeiten bestehen und man den direkten therapeutischen Effekt sieht	Sehr relevant (besonders Schlaganfall und Parkinson-LL)	Benutzerfreundlich, aber Problem der Aktualisierung (teures Buch)	Ja	Ja, unterschiedlich (abhängig von Vollständigkeit der LL)
	Besser stationär durchführbar	Sehr relevant	Benutzerfreundlich	Hilfe, Orientierung	Eher nicht, da LL kein Lehrbuch
N5	LL ist besser stationär durchführbar	Sehr relevant	Benutzerfreundlich	Ja	Ja, LL ist erste Suchadresse

N6	LL ist stationär leichter durchführbar (Kosten, Zeit)	Relevant	Benutzerfreundlich (besonders Parkinson, Epilepsie, Demenz)	Ja	Ja, positive Weiterführung und Ergänzung
N7	Kein Unterschied in der Durchführung/ Verwirklichung der LL stationär/ ambulant	Relevant	Benutzerfreundlich	Ja	Ja
N8	<i>Keine Stellungnahme</i>	Nicht relevant	Nicht benutzerfreundlich, da zu viele Informationen	Nein	Nein
	Besser stationär	Relevant	Benutzerfreundlich	Hilfe, Orientierung	Ja

24.		25.	26.	27.	28.
widersprüchliche LL, Finden guter LL		Experten, die nur wenig vom Praxisalltag verstehen	Anreize	Vertrautheit	Patienten, die Leitlinien kennen
S1	Es gibt keine widersprüchlichen LL, gute LL sind leicht zu finden, besonders in der Neurologie; schwieriger ist es in der Inneren Medizin	Nein	Gescheite Patientenversorgung	Ja, durch Mittagskonferenz	<25%, maximal 10% kennen LL
S2	Keine widersprüchlichen LL bekannt, gute LL sind leicht zu finden	Nein, Chef und Oberärzte (praxiserfahren) sind involviert	Juristische Absicherung, Begründung gegenüber Krankenversicherungen, gute Behandlung	Ja	10-15% (besonders MS- und Schlaganfall-Pat.)
S3	Keine widersprüchlichen LL, gute LL sind leicht zu finden in der Neurologie	Nein	Juristische Absicherung, Rechtfertigung vor Krankenkassen	Ja, meist bei häufigen Erkrankungen	<5%
S4	Keine widersprüchlichen LL, gute LL sind leicht zu finden in der Neurologie	Nein	Adäquate Behandlung, Nutzen neuer Studienergebnisse, Anspruch des Pat. auf eine Behandlung des neuesten Standes, positive Stärkung des Rufes der Klinik	Unterschiedlich, nicht alle haben Zeit, sich mit LL auseinanderzusetzen	Kaum Pat.
Keine widersprüchl. LL, gute LL leicht zu finden (bes. Neurologie)		Nein	Juristische Absicherung	Ja	Wenig
N5	Keine widersprüchlichen LL, neurologische LL sind gut und leicht zu finden, psychiatrische LL sind wenig ausgereift	Nein, sehr praxisnah	Es ist einfacher, nach LL zu behandeln, da keine Konflikte mit MDK (Kassen)	Ausreichend	<5%
N6	Keine widersprüchlichen LL bekannt, es ist schwierig, gute	Nein	Hoher Stellenwert	Ja	Pat. kennen zunehmend LL durch Internet

	LL/ gemeinsame Schwerpunkte zu finden				
N7	Keine wider- sprüchlichen LL bekannt, es ist leicht, gute LL zu finden	Nein	Genug Anreize	Genug	Keine
N8	<i>Kennt kaum LL, daher keine Beurteilung möglich</i>	Ja	Kostenein- sparung	-	-
	Keine widersprüch- lichen LL, leichtes Finden guter LL	Nein	Kosten	Ja	Wenig, aber Tendenz steigend

29.		30.	31.	32.
Patienteneinstellung		Pat.-Compliance	Andere Therapievorstellungen von Pat.-Seite	Einfluss des Patienten
S1	Nichts bekannt	Relativ gute Compliance bei Aufklärung über Goldstandard	Nichts bekannt	Wohl des Pat. geht vor, daher Therapieabbruch bei Unverträglichkeit
S2	Positiv, aufgeschlossen, kennen Goldstandard aus anderen Bereichen, Pat. vertrauen aber eher dem Arzt als der reinen LL	Gut bei guter Behandlung	Neue Medikamente, von denen Pat. gehört hat	Wunsch des Pat. hat höchste Priorität (Berücksichtigung, Kompromiss)
S3	Nichts bekannt	Nicht bekannt	Pat. hat oft eigene Vorstellung (Bauchgefühl, nicht informationsgestützt)	Pat. werden alle Möglichkeiten aufgezeigt und ihm die Entscheidung überlassen, Wünsche berücksichtigen, unnütze Therapien ablehnen, Kompromisse finden
S4	Nichts bekannt	Unterschiedlich, abhängig von verschiedenen Faktoren (Compliance bei Parkinson sehr gut, da Chef guten Ruf hat)	Naturheilkundliche Vorstellungen (selten)	Pat. wird so behandelt, wie er es möchte, seine persönliche Erfahrung mit Medikamenten muss berücksichtigt werden
	Wenig bekannt	Gute Compliance	Neue Med., Naturheilkunde	Pat.-Wunsch ist wichtiger
N5	Offen, Vertrauen gegenüber Leitlinien	Gut, wenn es Patient gut geht	Homöopathische Therapien, man versucht Kompromiss zu finden	Pat. hat Einfluss, wenn es für Arzt vertretbar ist (vor allem bei psychiatrischen Patienten)
N6	Positiv, entlastend für Pat., offen, Vertrauen in LL	Sehr gut (durch schnelle gute Wirkung)	Medikamente (selten)	Pat. bestimmt mit, Nichts geht über Patientenwunsch, Kompromisse finden
N7	-	gut	Alternative Formen; Naturheilkunde, Homöopathie	Pat. hat wenig Einfluss auf LL-konforme Behandlung (sonst keine Behandlung)
N8	Offen, vertrauensvoll gegenüber LL	Ehemals nach LL behandelte Pat. waren zu Beginn offen, nach ausbleibendem Erfolg nicht mehr	-	Pat. ist Individuum, er bestimmt Therapie, LL hat keinen Einfluss
	Offen	Gute Compliance	Homöopathie, Naturheilkunden neue Med.	Bis auf N7: Pat.-Wunsch wichtiger, Kompromiss

33.		34.	35.	36.
vertrautes Arzt-Patient-Verhältnis		spezielle LL für Patienten und Öffentlichkeit	Anwender/ Nichtanwender	Einschränkung
S1	Sehr erleichternd (Compliance beruht auf Vertrauen und Verständnis)	Keine LL, da diese zu schwierig sind, aber Checklisten (zur Kontrolle des ärztlichen Wissensstandes/ Hilfe)	Ja	Keine
S2	Basis, sehr wichtig	Ja (Aufklärungshilfe)	Ja	Keine (LL ist Therapieempfehlung, man kann sich darüber hinwegsetzen, da LL die individuelle Pat.-Lage nicht berücksichtigt)
S3	Sehr wichtig	Ja (spezielle LL-Version für Pat.)	Ja	Keine, da Abweichung möglich ist; LL ist Behandlungskorridor
S4	Sehr wichtig	Lieber nicht, sonst können Pat. den Wissensstand der Ärzte prüfen	Ja	Keine, LL ist guter Rat
	Sehr wichtig	Nein, nur spezielle Pat.-LL	Ja	keine
N5	Sehr wichtig	Nein, wenn dann nur Broschüren (enthalten LL-konforme Inhalte)	Ja	Keine
N6	Wichtig und erleichternd	Ergänzung wäre wünschenswert	Ja	Keine
N7	Notwendig	Nein, LL sind nur für Ärzte, würden Pat. nur verwirren	Ja	Keine
N8	Vorbedingung für jede Art von Behandlung	Nein	Nein	Ja, Einschränkung der ärztlichen Therapiefreiheit, des eigenen Denkens, der Flexibilität der individuellen Pat.-Versorgung
	Sehr wichtig	Nein	Außer N8 alle Anwender	Außer N8: Keine

37.		38.	39.	40.
Kochbuchmedizin		stereotypes Behandeln/ Faulheit	Druck	Entlastung/ Halt
S1	Nein	Nein, da ständige Aktualisierung der LL	Nein	Ja
S2	Ja beinahe (man nehme Tremor, Rigor, Akinese = Parkinson)	Nur gering, da man sich immer informieren muss	Nein	Ja
S3	Ja	Berechtigte Kritikpunkte, abhängig von Aktualität der LL	Nein	Ja
S4	Nein, da immer verschiedene Vorstellungen angegeben werden	Ein bisschen, da sich Standards durchsetzen	Nein	Ja
2:2		Gefahr besteht	Nein	Ja
N5	Nein, eher Ratschlag	Stereotypes Behandeln ist normal, keine Faulheit	Nein	Ja
N6	Nein	Gewisse Gefahr, wenn man sich strikt an LL hält	Nein	Ja
N7	Nein	Nein	Nein	Ja
N8	Ja, man braucht keinen Facharzt mehr, wenn es LL gibt (auch der Apotheker kann danach behandeln)	Ja	Ja	Nein
	Nein	Eventuell	Nein	Ja

41.	42.	43.	44.
Kostensenkung	Vermeidung veralteter medizinischer Maßnahmen	Wunsch nach neuen Leitlinien	Information der Öffentlichkeit
S1 Nein, da LL die neuesten Forschungsergebnisse beinhalten (meist patentgeschützte Medikamente)	Ja	Ja, offen gegenüber neuen LL	Nein, für Öffentlichkeit Hausarztinfo, Selbsthilfegruppen, Informationsveranstaltungen der Krankenkassen, Propaganda untereinander
S2 Ja, da Diagnostik auf ein Minimum eingeschränkt wird und keine unnötige Diagnostik erfolgt	Ja	Ja, besonders für Status migränosus, Polyneuropathie	Nein, nur bedingt für Öffentlichkeit (Broschüren, Informationsmaterial für Öffentlichkeit)
S3 Leitlinien haben keinen Einfluss auf Kosten	Ja	Ja, offen gegenüber neuen LL	Nein
S4 Ja	Ja	Ja, offen gegenüber neuen LL	Nein, LL nur für Ärzte
2:2	Ja	Offen	
N5 Nein, die beste Therapie geht vor- dies ist nicht die Billigste	Ja	Ja, besonders für Psychiatrie	Nein, LL nur für Ärzte, Broschüren für Öffentlichkeit
N6 Ja	Ja	Ja, besonders für Psychiatrie (Psychosen-atypische Neuroleptika)	Ja
N7 Ja	Ja	Ja, offen gegenüber neuen Leitlinien	Nein, LL nur für Ärzte
N8 Ja, dabei werden LL dem individuell Erkrankten nicht gerecht; Medizin ist ein Geschäft, welches preiswerter gemacht wird durch LL	Nein, Tagungen und Zeitschriften verhindern veraltete medizinische Maßnahmen, LL haben darauf keinen Einfluss	Nein	Nein
Ja	Ja	Ja	2:2

Meine akademischen Lehrer waren Damen/ Herren in Marburg

Adamkiewicz, Aumüller, Barth, Basler, Bastians, Baum, Baumann, Becker, Berger, Bolm, Braun, Cetin, Czubayko, Daut, Dinges, Duda, Feuser, Gerdes, Grundmann, Hasilik, Hegele, Hertl, Höffken, Hofmann, Hofstaetter, Hörle, Hoyer, Kann, Klaus, Klose, Kolb-Niemann, Koolman, Krieg, Kroll, Krones, Kuhlmann, Kühnert, Lang, Lill, Lingen, Lohoff, Löffler, Mandrek, Martin, Maier, Mittag, Moll, Mueller, Müller-Brüsselbach, Mutters, Oertel, Oeffner, Opitz, Pagenstecher, Plant, Ramaswamy, Rausch, Renz, Richter, Riße, Roelke, Röhm, Röper, Rothmund, Schäfer, Schäfer, Schäfer, Schmidt, Schnabel, Schofer, Schrader, Schulz, Sommer, Strauch, Sundermeyer, Suske, Tibesku, Vogelmeier, Vogt, Wagner, Weihe, Werner, Westermann, Wulf

Danksagung

Ganz herzlich bedanken möchte ich mich bei Herrn Professor Dr. Oertel, dass er es mir ermöglichte, in seiner Abteilung der Klinik für Neurologie in Marburg diese Arbeit zu schreiben. Auch Frau Dr. Eggert danke ich für ihre Betreuung und nützlichen Anregungen.

Meiner Betreuerin Frau Dr. Astrid Larisch M.P.H. möchte ich ganz herzlich für ihre gute engmaschige Betreuung und Anleitung danken. Die gewinnbringenden Diskussionen mit ihr und ihre wissenschaftlichen Erfahrungen haben sehr zu meinem Verständnis der Problematik beigetragen.

Außerdem bedanke ich mich bei allen Ärztinnen und Ärzten, die bereit waren, einen Fragebogen auszufüllen bzw. am Interview teilzunehmen und dies auf Tonband aufzeichnen zu lassen.

Bei meiner Familie bedanke ich mich für die Unterstützung und Kraft, die mir während des Anfertigens dieser Arbeit entgegengebracht wurde.

Erklärung der Antragstellerin

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die dem Fachbereich Medizin Marburg zur Promotionsprüfung eingereichte Arbeit mit dem Titel „Leitlinien in der Medizin Evaluation der S2-Leitlinie Parkinson-Syndrome“ in der Klinik für Neurologie unter Leitung von Professor Dr. W.H. Oertel mit Unterstützung durch Frau Dr. K.M. Eggert und Frau Dr. A. Larisch ohne sonstige Hilfe selbst durchgeführt und bei der Abfassung der Arbeit keine anderen als die in der Dissertation aufgeführten Hilfsmittel benutzt habe. Ich habe bisher an keinem in- oder ausländischen Medizinischen Fachbereich ein Gesuch um Zulassung zur Promotion eingereicht, noch die vorliegende oder eine andere Arbeit als Dissertation vorgelegt.

Vorliegende Arbeit wird in folgendem Publikationsorgan: ZEFQ (Zeitung für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen) veröffentlicht.

Marburg im Januar 2010